

# CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO OFICIAL DE LA  
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

TOMO XVIII

41

ABRIL

1950

Presidente:

DR. LUIS CARRILLO AZCARATE.

Director Permanente de Publicaciones:

DR. MIGUEL LOPEZ ESNAURRIZAR



## Un tormento continuo



**E**L Prometeo de la antigua Mitología, encadenado a una roca y sometido a continuo tormento, del que la parte espiritual, su fracaso en proporcionar el Fuego Sagrado a la Humanidad, era más fuerte que el propiamente físico de ser deshecho a picotazos, nos trae a la memoria el doble tormento de las numerosas personas que en la actualidad sufren de hemorroides.

Su pena, afortunadamente puede ser eliminada en una forma rápida con el uso de los supositorios hemorroidales ANUSOL: un producto altamente indicado cuando la intervención quirúrgica no es conveniente. Los supositorios ANUSOL son terapéuticamente eficaces: alivian el dolor y eliminan la inflamación y la hemorragia. No producen afectos secundarios. De uso fácil.



*William R.* **WARNER** *and Co. Inc.*

## Una ayuda suave y segura



**EL** ciego confía en su perro que lo conduce en una forma suave, segura, incansable al punto de su destino...

En el caso de recargos intestinales, principalmente en los debidos a un peristaltismo defectuoso tiene usted, señor Doctor, un agente de acción suave, pero de resultados comprobados: AGAROL. Debido a que está constituido por una fina emulsión de aceite mineral, ablanda el contenido intestinal y el bolo fecal, al mismo tiempo que, mecánicamente, lubrica.

Además, como contiene una pequeña cantidad de fenolftaleína en leucobase, AGAROL incita el peristaltismo, completando en esa forma su acción. No contiene sustancias irritantes que perjudiquen las mucosas.



La próxima vez, prescriba usted AGAROL, cuya acción suave y eficaz hará que sus pacientes sigan teniendo en usted esa Fé y Confianza que son las mejores respuestas a su Capacidad Científica.

*William R.* **WARNER** *and Co. Inc.*

## Un tormento continuo



**E**L Prometeo de la antigua Mitología, encadenado a una roca y sometido a continuo tormento, del que la parte espiritual, su fracaso en proporcionar el Fuego Sagrado a la Humanidad, era más fuerte que el propiamente físico de ser deshecho a picotazos, nos trae a la memoria el doble tormento de las numerosas personas que en la actualidad sufren de hemorroides.

Su pena, afortunadamente puede ser eliminada en una forma rápida con el uso de los supositorios hemorroidales ANUSOL: un producto altamente indicado cuando la intervención quirúrgica no es conveniente. Los supositorios ANUSOL son terapéuticamente eficaces: alivian el dolor y eliminan la inflamación y la hemorragia. No producen afectos secundarios. De uso fácil.



*William R.* **WARNER** *and Co. Inc.*



## Una ayuda suave y segura



**EL** ciego confía en su perro que lo conduce en una forma suave, segura, incansable al punto de su destino...

En el caso de recargos intestinales, principalmente en los debidos a un peristaltismo defectuoso tiene usted, señor Doctor, un agente de acción suave, pero de resultados comprobados: AGAROL. Debido a que está constituido por una fina emulsión de aceite mineral, ablanda el contenido intestinal y el bolo fecal, al mismo tiempo que, mecánicamente, lubrica.

Además, como contiene una pequeña cantidad de fenolftaleína en leucobase, AGAROL incita el peristaltismo, completando en esa forma su acción. No contiene sustancias irritantes que perjudiquen las mucosas.



La próxima vez, prescriba usted AGAROL, cuya acción suave y eficaz hará que sus pacientes sigan teniendo en usted esa Fé y Confianza que son las mejores respuestas a su Capacidad Científica.

*William R.* **WARNER** *and Co. Inc.*

# SEPTICEMINE CORTIAL

## AMPOLLETAS

### Fórmula:

Yodometilato de Hexametilenotetremina .....	0.38 g.
Hexametilenotetramina .....	0.08 "
Solución salina fisiológica al 7.50/00 c. b. p. ....	4 cm. <sup>3</sup>
Para una ampolleta.	

**PRESENTACION:** En cajas de 8 ampolletas de 4 cm.<sup>3</sup>

**PROPIEDADES TERAPEUTICAS:** Antiséptico urinario e Infecciones generales.

**INDICACIONES:** Auxiliar en afecciones de las vías genitourinarias y estados infecciosos generales. (Cistitis, Nefritis, Angiocolitis, Colecistitis, Gripe, Neumonía, Tifoidea, Fiebre puerperal, Septicemia, Septicopiohemia y Peritonitis).

**DOSIS:** Adultos: pueden tolerar, según lo avanzado del caso, de una a seis inyecciones en 24 horas.

**VIA DE ADMINISTRACION:** Inyección endovenosa aplicada lentamente.

Reg. No. 819 S. S. A.

**A. RUEFF & CIA.**

LUCERNA 7.

MEXICO, D. F.

# VACCIN ANTI-BRONCHO-PNEUMONIQUE DE WEILL & DUFOUT

## FORMULA:

Neumococos I. ....	{ de cada uno	133.333.333
Neumococos II. ....		
Neumococos III. ....		
Esterococos . ....		
Estafilococos áureos . ....		
Tetrágenos. ....		150.000.000
Solución acuosa de Cloruro de Sodio al 7.0/00 c. b. p. ....		50.000.000
		1 cm. <sup>3</sup>

**PRESENTACION:** En cajas de 3 y 6 ampolletas de 2 cm.<sup>3</sup>

**PROPIEDADES TERAPEUTICAS:** Antigénicas.

**INDICACIONES:** Profiláctico contra la gripe, Bronquitis catarrales agudas y de algunas complicaciones que sobrevienen en niños y ancianos después de la anestesia por inhalación. Auxiliar en el tratamiento de: Neumonía, Bronconeumonía, Gripe de tipo respiratorio, Bronquitis catarrales y algunos tipos de congestión pulmonar.

**DOSIS:** De  $\frac{1}{2}$  cm.<sup>3</sup>,  $\frac{3}{4}$  de cm.<sup>3</sup> y 1 cm.<sup>3</sup> en días alternos, para niños.

De  $\frac{1}{2}$  cm.<sup>3</sup>, 1 cm.<sup>3</sup>, 1 $\frac{1}{2}$  cm.<sup>3</sup>, 1 $\frac{3}{4}$  cm.<sup>3</sup> y 2 cm.<sup>3</sup>, también en días alternos, para adultos.

**VIA DE ADMINISTRACION:** Inyección hipodérmica.

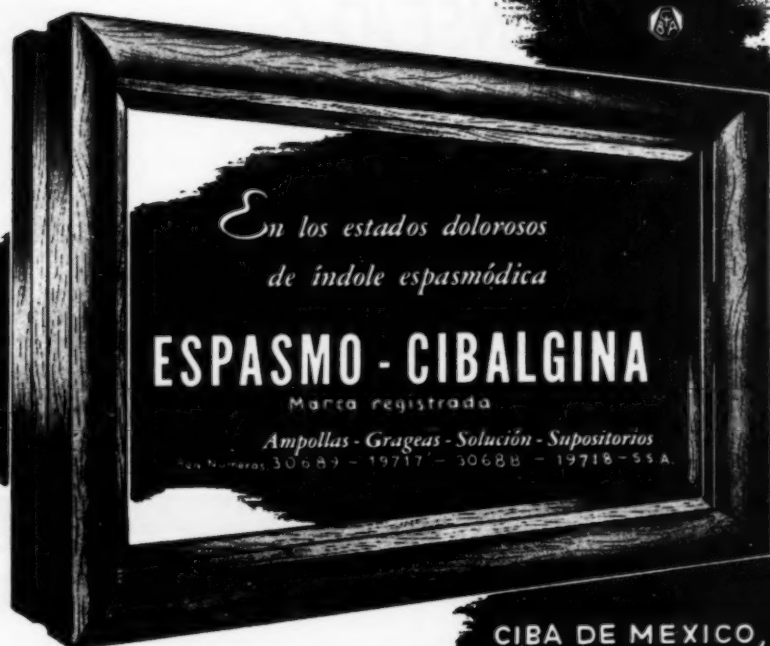
Reg. No. 3152 S. S. A. Prop. No. Ff-3.

"Este medicamento es de empleo delicado".

**A. RUEFF & CIA.**

LUCERNA 7.

MEXICO, D. F.



CIBA DE MEXICO, S.A.

Reg. Prop. No. Ft-81 S.S.A.

## DOCIGRAM

VITAMINA B<sub>12</sub>

Reg. No. 34943 S. S. A.

FORMULA: Cada ampolleta contiene:

Vitamina B<sub>12</sub> cristalizada ..... 15 microgramos.  
Solución de cloruro de sodio al 0.8%, c. b. p. .... 2 cm.<sup>3</sup>

PRESENTACION: Caja con 5 ampolletas de 2 cm.<sup>3</sup>

El DOCIGRAM (Vitamina B<sub>12</sub>) constituye el principio activo del extracto de hígado. Permite llevar a cabo la hepatoterapia en su forma más eficaz, administrando dosis precisas de un producto puro. Una sola inyección actúa durante largo tiempo, lo que simplifica mucho el tratamiento. El producto no provoca alergia y combate no sólo la anemia, sino también las lesiones nerviosas.

INDICACIONES: Tratamiento de las anemias macrocíticas de todo tipo (perniciosa de Biermer-Addison, nutritiva, de esprúe, embarazo, etc.).

Trastornos nutritivos generales originados por dietas insuficientes, y en particular pobres en proteínas animales. Como profilácticos, en el hipertiroidismo, embarazo, convalecencias en general, etc.

POSOLOGIA: El producto carece de toxicidad; puede administrarse en las dosis que el médico considere necesarias. En principio, 15 microgramos suelen proporcionar excelente resultado.

(1 mm. = milésima de miligramo = una unidad antianémica).

**INGRAM LABORATORIOS DE MEXICO**

MEXICO, D. F.

# SEPTICEMINE CORTIAL

## AMPOLLETAS

### Fórmula:

Yodometilato de Hexametilenotetremina .....	0.38 g.
Hexametilenotetramina .....	0.08 "
Solución salina fisiológica al 7.50/00 c. b. p. ....	4 cm. <sup>3</sup>
Para una ampolleta.	

**PRESENTACION:** En cajas de 8 ampolletas de 4 cm.<sup>3</sup>

**PROPIEDADES TERAPEUTICAS:** Antiséptico urinario e Infecciones generales.

**INDICACIONES:** Auxiliar en afecciones de las vías genitourinarias y estados infecciosos generales. (Cistitis, Nefritis, Angiocolitis, Colecistitis, Gripe, Neumonía, Tifoidea, Fiebre puerperal, Septicemia, Septicopiohemia y Peritonitis).

**DOSIS:** Adultos: pueden tolerar, según lo avanzado del caso, de una a seis inyecciones en 24 horas.

**VIA DE ADMINISTRACION:** Inyección endovenosa aplicada lentamente.

Reg. No. 819 S. S. A.

**A. RUEFF & CIA.**

LUCERNA 7.

MEXICO, D. F.

# VACCIN ANTI-BRONCHO-PNEUMONIQUE DE WEILL & DUFOUT

## FORMULA:

Neumococos I. ....	{ de cada uno	133.333.333
Neumococos II. ....		
Neumococos III. ....		
Esterococos . ....		
Estafilococos áureos . ....		
Tetrágenos. ....		150.000.000
Solución acuosa de Cloruro de Sodio al 7.0/00 c. b. p. ....		50.000.000
		1 cm. <sup>3</sup>

**PRESENTACION:** En cajas de 3 y 6 ampolletas de 2 cm.<sup>3</sup>

**PROPIEDADES TERAPEUTICAS:** Antigénicas.

**INDICACIONES:** Profiláctico contra la gripe, Bronquitis catarrales agudas y de algunas complicaciones que sobrevienen en niños y ancianos después de la anestesia por inhalación. Auxiliar en el tratamiento de: Neumonía, Bronconeumonía, Gripe de tipo respiratorio, Bronquitis catarrales y algunos tipos de congestión pulmonar.

**DOSIS:** De  $\frac{1}{2}$  cm.<sup>3</sup>,  $\frac{3}{4}$  de cm.<sup>3</sup> y 1 cm.<sup>3</sup> en días alternos, para niños.

De  $\frac{1}{2}$  cm.<sup>3</sup>, 1 cm.<sup>3</sup>, 1 $\frac{1}{2}$  cm.<sup>3</sup>, 1 $\frac{3}{4}$  cm.<sup>3</sup> y 2 cm.<sup>3</sup>, también en días alternos, para adultos.

**VIA DE ADMINISTRACION:** Inyección hipodérmica.

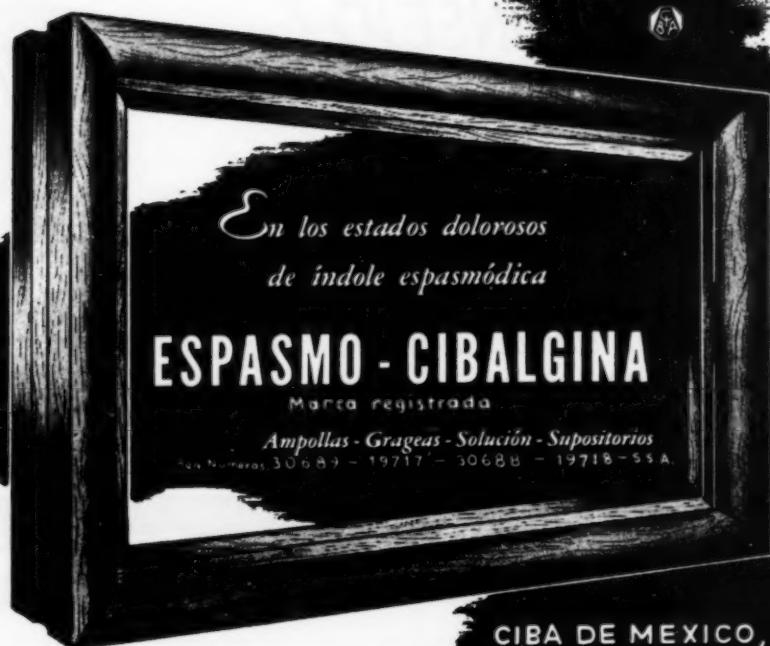
Reg. No. 3152 S. S. A. Prop. No. Ff-3.

"Este medicamento es de empleo delicado".

**A. RUEFF & CIA.**

LUCERNA 7.

MEXICO, D. F.



CIBA DE MEXICO, S.A.

Reg. Prop. No. Ft-81 S.A.

## DOCIGRAM

VITAMINA B<sub>12</sub>

Reg. No. 34943 S. S. A.

FORMULA: Cada ampolleta contiene:

Vitamina B<sub>12</sub> cristalizada ..... 15 microgramos.  
Solución de cloruro de sodio al 0.8%, c. b. p. .... 2 cm.<sup>3</sup>

PRESENTACION: Caja con 5 ampolletas de 2 cm.<sup>3</sup>

El DOCIGRAM (Vitamina B<sub>12</sub>) constituye el principio activo del extracto de hígado. Permite llevar a cabo la hepatoterapia en su forma más eficaz, administrando dosis precisas de un producto puro. Una sola inyección actúa durante largo tiempo, lo que simplifica mucho el tratamiento. El producto no provoca alergia y combate no sólo la anemia, sino también las lesiones nerviosas.

INDICACIONES: Tratamiento de las anemias macrocíticas de todo tipo (perniciosa de Biermer-Addison, nutritiva, de esprúe, embarazo, etc.).

Trastornos nutritivos generales originados por dietas insuficientes, y en particular pobres en proteínas animales. Como profilácticos, en el hipertiroidismo, embarazo, convalecencias en general, etc.

POSOLOGIA: El producto carece de toxicidad; puede administrarse en las dosis que el médico considere necesarias. En principio, 15 microgramos suelen proporcionar excelente resultado.

(1 mm. = milésima de miligramo = una unidad antianémica).

**INGRAM LABORATORIOS DE MEXICO**

MEXICO, D. F.

# ¡OIGA ESTE CONSEJO!



*¡Cuide sus encías! Los dientes sanos, firmes y hermosos necesitan encías saludables. Limpie sus dientes y dé masaje a sus encías con **FORHAN'S**, que contiene un Astringente en la fórmula del Dr. R.J. Forhan. La piorrea encoge las encías y afloja los dientes. Si la contrae, visite a su dentista inmediatamente.*

REG. N° 3100 T.D.F. PROP. N° A 3100 P. S. U. 1



CATEDRATICOS FORHAN'S

PREGUNTAN:—

¿Cuál es la política de colonización más conveniente para nuestro país?

Envíe su contestación a  
GOTHAM DE MEXICO, S.A. Bolívar 8,  
México, D.F.

¡GANE UN PREMIO!

¡REVISE SUS BILLETES DE A PESO! Puede tener el premio en el Programa VARIEDADES FORHAN'S.

## Forhan's

PARA LAS ENCIAS

## BOGOSERUM "MYN"

Suero Anti-Reticular Citotoxico de Bogomoletz.

ESTIMULANTE DEL SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL

Se presenta en frasco-ampula de 1 cm.<sup>3</sup>

Un segundo frasco-ampula contiene 9 cm.<sup>3</sup> de solución acuosa de cloruro de sodio al 8.5 g. por 1,000 cm.<sup>3</sup>

Al iniciarse su aplicación se aspira el Suero en una jeringa y se inyecta en el frasco-ampula que contiene la solución salina, a través del tapón de goma, tomando las necesarias precauciones de asepsia. Así se obtiene una dilución al 1 por 10, por lo que cada cm.<sup>3</sup> contiene 0.10 cm.<sup>3</sup> de Suero.

En esta forma se facilita al médico la dosificación sin necesidad de jeringa especial. Cualquier error en más o menos, es un error que se reduce al décimo.

EL BOGOSERUM así diluido conserva íntegra su potencia por más de un mes si se toma la precaución de conservarlo constantemente entre 0° y 10° c.

### Dosis, ritmo y vía de aplicación.

Una vez efectuada la dilución se procede a la aplicación del BOGOSERUM de preferencia por vía subcutánea a la dosis que el médico determine. Sin embargo, nos permitimos recomendar el siguiente esquema de tratamiento de dosis iniciales progresivas:

Inyección	Suero Diluido	Suero Puro
I	0.50 cm. <sup>3</sup> , que corresponde	a 0.05 cm. <sup>3</sup> .
II	0.50 " " "	" 0.05 "
III	0.70 " " "	" 0.07 "
IV	0.80 " " "	" 0.08 "
V	1.00 " " "	" 0.10 "

Las dosis subsiguientes serán de 1 cm.<sup>3</sup> de la dilución.

Se recomienda aplicar las inyecciones con intervalo mínimo de 72 horas.

Reg. No. 32248 S. S. A. Prop. No. H-1



# ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO  
1950-1952

Presidente:  
DR. LUIS CARRILLO  
AZCARATE.

Vice-Presidente:  
DR. RAUL ARTURO  
CHAVIRA

Secretario Perpetuo:  
DR. JOSE TORRES TORIJA.

Director Permanente de  
Publicaciones:  
DR. MIGUEL LOPEZ  
ESNAURRIZAR

Secretario Bial:  
DR. JOSE GARCIA  
NORIEGA.

Tesorero:  
DR. DONATO RAMIREZ.

## VOCALES:

1er. Vocal.  
Dr. José Rábago.

2o. Vocal.  
Dr. Miguel Lavallo.

3er. Vocal.  
Dr. Bernardo J. Gastelum.

4o. Vocal.  
Dr. Enrique Peña y de la Peña

5o. Vocal.  
Dr. Adán Velarde

# RUTHIORYL

ANTIALERGICO

INYECCIONES INTRAVENOSAS

a base de Rutina y Tiosulfato  
de Sodio.

GRAGEAS

a base de Rutina, Tiosulfato de Sodio  
y Vitamina "C".

GRANULADO INFANTIL

a base de Rutina y Tiosulfato  
de Sodio.

Reg. Núms. 33,044, 33,483 y 33,684  
S. S. A.

**Laboratorios J. C. Thomé,  
S. A.**

Moras No. 360. Nva. Col. del  
Valle.

Apartado No. 1398.

México, D. F.

# ¡OIGA ESTE CONSEJO!



*¡Cuide sus encías! Los dientes sanos, firmes y hermosos necesitan encías saludables. Limpie sus dientes y dé masaje a sus encías con FORHAN'S, que contiene un Astringente en la fórmula del Dr. R.J. Forhan. La piorrea encoge las encías y afloja los dientes. Si la contrae, visite a su dentista inmediatamente.*

REG. N° 3100 T.D.F. PROP. N° A 3100 P. S. U. 1



CATEDRATICOS FORHAN'S

PREGUNTAN:—

¿Cuál es la política de colonización más conveniente para nuestro país?

Envíe su contestación a  
GOTHAM DE MEXICO, S.A. Bolívar 8,  
México, D.F.

¡GANE UN PREMIO!

¡REVISE SUS BILLETES DE A PESO! Puede tener el premio en el Programa VARIEDADES FORHAN'S.

## Forhan's

PARA LAS ENCIAS

## BOGOSERUM "MYN"

Suero Anti-Reticular Citotoxico de Bogomoletz.

ESTIMULANTE DEL SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL

Se presenta en frasco-ampula de 1 cm.<sup>3</sup>

Un segundo frasco-ampula contiene 9 cm.<sup>3</sup> de solución acuosa de cloruro de sodio al 8.5 g. por 1,000 cm.<sup>3</sup>

Al iniciarse su aplicación se aspira el Suero en una jeringa y se inyecta en el frasco-ampula que contiene la solución salina, a través del tapón de goma, tomando las necesarias precauciones de asepsia. Así se obtiene una dilución al 1 por 10, por lo que cada cm.<sup>3</sup> contiene 0.10 cm.<sup>3</sup> de Suero.

En esta forma se facilita al médico la dosificación sin necesidad de jeringa especial. Cualquier error en más o menos, es un error que se reduce al décimo.

EL BOGOSERUM así diluido conserva íntegra su potencia por más de un mes si se toma la precaución de conservarlo constantemente entre 0° y 10° c.

### Dosis, ritmo y vía de aplicación.

Una vez efectuada la dilución se procede a la aplicación del BOGOSERUM de preferencia por vía subcutánea a la dosis que el médico determine. Sin embargo, nos permitimos recomendar el siguiente esquema de tratamiento de dosis iniciales progresivas:

Inyección	Suero Diluido	Suero Puro
I	0.50 cm. <sup>3</sup> , que corresponde	a 0.05 cm. <sup>3</sup> .
II	0.50 " " "	" 0.05 "
III	0.70 " " "	" 0.07 "
IV	0.80 " " "	" 0.08 "
V	1.00 " " "	" 0.10 "

Las dosis subsiguientes serán de 1 cm.<sup>3</sup> de la dilución.

Se recomienda aplicar las inyecciones con intervalo mínimo de 72 horas.

Reg. No. 32248 S. S. A. Prop. No. H-1

# ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO  
1950-1952

Presidente:  
DR. LUIS CARRILLO  
AZCARATE.

Vice-Presidente:  
DR. RAUL ARTURO  
CHAVIRA

Secretario Perpetuo:  
DR. JOSE TORRES TORIJA.

Director Permanente de  
Publicaciones:  
DR. MIGUEL LOPEZ  
ESNAURRIZAR

Secretario Bial:  
DR. JOSE GARCIA  
NORIEGA.

Tesorero:  
DR. DONATO RAMIREZ.

## VOCALES:

1er. Vocal.  
Dr. José Rábago.

2o. Vocal.  
Dr. Miguel Lavallo.

3er. Vocal.  
Dr. Bernardo J. Gastelum.

4o. Vocal.  
Dr. Enrique Peña y de la Peña

5o. Vocal.  
Dr. Adán Velarde

# RUTHIORYL

ANTIALERGICO

INYECCIONES INTRAVENOSAS

a base de Rutina y Tiosulfato  
de Sodio.

GRAGEAS

a base de Rutina, Tiosulfato de Sodio  
y Vitamina "C".

GRANULADO INFANTIL

a base de Rutina y Tiosulfato  
de Sodio.

Reg. Núms. 33,044, 33,483 y 33,684  
S. S. A.

**Laboratorios J. C. Thomé,  
S. A.**

Moras No. 360. Nva. Col. del  
Valle.

Apartado No. 1398.

México, D. F.

# Ledinac

**AMINOACIDOS PARA LA TERAPIA ORAL**

El LEDINAC, proteína hepática hidrolizada de *Lederle*, es una combinación de aminoácidos y péptidos, en forma agradable al paladar, y derivados de la proteína hepática por un simple proceso digestivo enzimático que retiene las sustancias nutritivas encontradas en el hígado. *Ventajas del LEDINAC*—

1. Los aminoácidos contenidos en el LEDINAC se derivan exclusivamente del *hígado mamífero*—la fuente corporal más rica en sustancias nutritivas.
2. El LEDINAC contiene, en una dosis diaria, todos los requisitos diarios mínimos de las vitaminas del Complejo B—incluyendo el *ácido fólico* FOLVITE\*, factor anti-anémico.
3. El LEDINAC es de *sabor agradable*, y sumamente *soluble*. Puede ser mezclado con una gran variedad de alimentos líquidos y sólidos.
4. El LEDINAC no causa estreñimiento.

#### FORMULA:

Proteína Hepática Digerida . . .	54,0%
Maltosa . . . . .	38,5%
Condimentos (inclusive chocolate y sacarina) . . .	7,5%

Nitrógeno del grupo amido libre 1,0%  
incluyendo los aminoácidos Arginina, Histidina, Lisina, Triptófano, Fenilalanina, Metionina, Treonina, Leucina, Isoleucina, Valina y Cistina.

Acido Pantoténico . . . . .	2,30 mg.
Clorhidrato de Piridoxina (B6) . . . . .	0,24 mg.
Biotina . . . . .	2,70 gamma
Inositol . . . . .	23,00 mg.
Colina . . . . .	120,00 mg.
Acido Fólico FOLVITE . . . . .	1,50 mg.
Calcio . . . . .	106,00 mg.
Fósforo . . . . .	297,00 mg.
Hierro . . . . .	4,80 mg.
Calorías . . . . .	103,8

#### PROPORCIONANDO:

Carbohidrato . . . . .	32,5%
Grasa . . . . .	3,5%
Proteína . . . . .	50,0%

#### CADA 30 GM. CONTIENEN:

Clorhidrato de Tiamina (B1) . . . . .	1,00 mg.
Riboflavina (B2) . . . . .	2,00 mg.
Niacinamida . . . . .	6,60 mg.

ENVASADO EN FRASCOS DE 228 GM.

\*Marca Registrada

**LEDERLE LABORATORIES DIVISION**

AMERICAN CYANAMID COMPANY • 30 ROCKEFELLER PLAZA • NEW YORK 20, N. Y.

Representantes Exclusivos en México.

**Laboratorios Lederle, S. A.**

Fray Servando Teresa de Mier No. 120 (Esquina con Isabel la Católica)  
MEXICO, D.F. Tel.: 36-70-59 — 21-29-13 — 21-29-14

# S U M A R I O

	Pág.
INDICACIONES DE LA ESPLENECTOMIA Y SUS RESULTADOS.—Por el Académico Dr. Enrique Flores Espinosa .....	159
METODOS TERAPEUTICOS PREDORSO VERTEBRALES Y MEDIASTINICOS.—Por el Académico Dr. Miguel López Esnaurrizar .....	188
EDITORIAL. EVOLUCION DE NUEVO CONCEPTO MEDICO QUIRURGICO. ....	196
CIRUJANOS. ....	201
NOTICIAS. ....	204
REVISTA DE PRENSA .....	208
REVISTA DE LIBROS .....	210

Director,

DR. MIGUEL LOPEZ ESNAURRIZAR

Gerente:  
M. LEON DIAZ

Jefe de Redacción,  
DR. JOSE RABAGO

## CIRUCIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL.

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugia.  
Fundado en Junio de 1933.

Registrado como Art. de 2a. clase en la Admón. de Correos el 6 de abril de 1936.

Apartado Postal número 7994, Facultad de Medicina,  
esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

GERENCIA: Apartado Postal 8701. México, D. F.

### Precios en moneda mexicana:

	Ejemplar	Abono anual	Núms. atrasados
En México .....	\$ 2.00	\$ 20.00	\$ 5.00
En el Extranjero .....	\$ 2.50	\$ 25.00	\$ 5.50

Se solicita canje con Revistas de Academias y Sociedades de Cirugia de todo el mundo.

Los trabajos publicados en esta Revista son de la responsabilidad exclusiva de los respectivos autores.

# VIACILINA

## PENICILINA PROCAINA "G" PARA INYECCION ACUOSA

Cada frasco de VIACILINA contiene suficiente cantidad de Procaína Penicilina "G" en polvo para la administración de 5 dosis de 1 c.c. de 300,000 U. cada dosis.

## VIACILINA

*presenta las siguientes ventajas:*

**Sin aceite** — evita la formación de nódulos y las reacciones de sensibilidad al aceite.

**Sin cera** — evita el dolor en el lugar de la inyección y el peligro de lesionar los tejidos.

**Estabilidad** — la VIACILINA se suministra en forma seca. Cuando se agregan 5 c.c. del diluyente al frasco de VIACILINA la suspensión que resulta contiene 300,000 U. por c.c. y conserva su potencia sin necesidad de ser refrigerada por un período de 7 días.

**Efectividad terapéutica** — una inyección de 1 c.c. de VIACILINA (300,000 U.) mantiene niveles terapéuticos efectivos en la sangre por 24 horas en la mayoría de los casos.

Reg. No. 32945 S. S. A. Prop. No. Ff. 18

*Wyeth-Stillé, S. A.*

*Laboratorios de Productos Farmacéuticos,  
Nutritivos y Biológicos.*

TELEFONOS: 18-17-91 y 35-69-48.

VERSALLES 80

MEXICO, D. F.





# Cirugía y Cirujanos

Órgano Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

AÑO XVIII

ABRIL 1950

NUM. 4

## Indicaciones de la Esplenectomía y sus Resultados (\*)

*Por el Académico Dr. Enrique Flores Espinosa.*

Trabajo de ingreso leído el 6 de abril 1950.

En realidad escribir sobre este tema, es el resultado de dos propósitos bien definidos: en primer lugar lo apasionante del mismo; en segundo, contribuir con nuestra modesta experiencia a aumentar el interés que tiene su estudio en nuestro medio siguiendo la conducta señalada por otros médicos mexicanos.

Es apasionante el tema, pues a nadie escapa cuanto se ha escrito sobre bazo y cuantos puntos oscuros tiene todavía su fisiología y su patología; cuántas contradicciones y cuantos errores de diagnóstico se cometen cuando tiene uno enfrente una esplenomegalia. Es cierto que en los últimos 15 años mucho se ha avanzado para esclarecer puntos dudosos, pero me parece que todavía queda mucho por hacer. En este avance indiscutible han contribuido en casi todos los casos, el trabajo coordinado de internistas, de hematólogos y de cirujanos; como resultado de este esfuerzo de conjunto se ha logrado que poco a poco vaya perdiendo el estudio del bazo, ese carácter que hizo decir a algunos: el bazo es un órgano lleno de misterio.

Nuestra experiencia se refiere a 13 casos que han sido mandados al Servicio de Cirugía Pab. No. 3 Hospital General, por médicos internistas y cuyo estudio hematológico, contribuyó grandemente para elaborar el diagnóstico y para sentar la indicación quirúrgica. Este material, soy el

\* Ejecutado en el Hospital General Jefe del Servicio Dr. Francisco Fonseca.

# VIACILINA

## PENICILINA PROCAINA "G" PARA INYECCION ACUOSA

Cada frasco de VIACILINA contiene suficiente cantidad de Procaína Penicilina "G" en polvo para la administración de 5 dosis de 1 c.c. de 300,000 U. cada dosis.

## VIACILINA

*presenta las siguientes ventajas:*

**Sin aceite** — evita la formación de nódulos y las reacciones de sensibilidad al aceite.

**Sin cera** — evita el dolor en el lugar de la inyección y el peligro de lesionar los tejidos.

**Estabilidad** — la VIACILINA se suministra en forma seca. Cuando se agregan 5 c.c. del diluyente al frasco de VIACILINA la suspensión que resulta contiene 300,000 U. por c.c. y conserva su potencia sin necesidad de ser refrigerada por un período de 7 días.

**Efectividad terapéutica** — una inyección de 1 c.c. de VIACILINA (300,000 U.) mantiene niveles terapéuticos efectivos en la sangre por 24 horas en la mayoría de los casos.

Reg. No. 32945 S. S. A. Prop. No. Ff. 18

*Wyeth-Stillé, S. A.*

*Laboratorios de Productos Farmacéuticos,  
Nutritivos y Biológicos.*

TELEFONOS: 18-17-91 y 35-69-48.

VERSALLES 80

MEXICO, D. F.



# Cirugía y Cirujanos

Órgano Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

AÑO XVIII

ABRIL 1950

NUM. 4

## Indicaciones de la Esplenectomía y sus Resultados (\*)

*Por el Académico Dr. Enrique Flores Espinosa.*

Trabajo de ingreso leído el 6 de abril 1950.

En realidad escribir sobre este tema, es el resultado de dos propósitos bien definidos: en primer lugar lo apasionante del mismo; en segundo, contribuir con nuestra modesta experiencia a aumentar el interés que tiene su estudio en nuestro medio siguiendo la conducta señalada por otros médicos mexicanos.

Es apasionante el tema, pues a nadie escapa cuanto se ha escrito sobre bazo y cuantos puntos oscuros tiene todavía su fisiología y su patología; cuántas contradicciones y cuantos errores de diagnóstico se cometen cuando tiene uno enfrente una esplenomegalia. Es cierto que en los últimos 15 años mucho se ha avanzado para esclarecer puntos dudosos, pero me parece que todavía queda mucho por hacer. En este avance indiscutible han contribuido en casi todos los casos, el trabajo coordinado de internistas, de hematólogos y de cirujanos; como resultado de este esfuerzo de conjunto se ha logrado que poco a poco vaya perdiendo el estudio del bazo, ese carácter que hizo decir a algunos: el bazo es un órgano lleno de misterio.

Nuestra experiencia se refiere a 13 casos que han sido mandados al Servicio de Cirugía Pab. No. 3 Hospital General, por médicos internistas y cuyo estudio hematológico, contribuyó grandemente para elaborar el diagnóstico y para sentar la indicación quirúrgica. Este material, soy el

\* Ejecutado en el Hospital General Jefe del Servicio Dr. Francisco Fonseca.

primero en reconocer que es bastante pobre, creo que a pesar de ser el resultado de 3 años de trabajo en estos asuntos, no es suficiente para sacar conclusiones muy amplias ni para sustentar criterios muy bien definidos, pero de cualquier modo tengo la esperanza de que escribiendo cada uno de nosotros su pequeña o su grande experiencia, pongamos los puntales para que cada vez se despierte más y más el interés por estos estudios y con el tiempo nuestra literatura sea tomada en cuenta en la Bibliografía Mundial.

Como una breve nota preliminar y para comprender mejor su patología, voy a intentar bosquejar lo que actualmente se sabe por fisiología normal y patológica del bazo y recordar también muy brevemente, sus relaciones anatómicas que pueden explicar satisfactoriamente algunos problemas que se presentan cuando está enfermo. Tanto el sitio anatómico que tiene, como su estructura y sus funciones, son fundamentales para darnos cuenta de las alteraciones que otros órganos (estómago e hígado) presentan frecuentemente. Está en relación estrecha con el estómago y con la cola del páncreas sobre el cual camina la vena y la arteria esplénicas. Colocado encima del riñón izquierdo y del ángulo cólico izquierdo, está también en relación muy estrecha con el lóbulo izquierdo del hígado. La gran vena esplénica se une con la vena mesentérica inferior y la superior para constituir la porta. Esta derivación de la vena esplénica en la circulación portal, es justamente como lo hace notar Marchal (1), lo que aclara la estrecha solidaridad patológica de los trastornos esplénicos y hepáticos; la importancia de la hipertensión portal para los dos órganos y la relativa frecuencia de gastrorragias debida a la alteración de los ramos gástricos de la vena esplénica o a várices esofágicas debidas a la misma hipertensión portal.

Las funciones de bazo han sido muy discutidas y tengo la convicción de que todavía queda un campo muy amplio en el que tanto investigadores como fisiólogos, puedan contribuir para aclarar dudas y resolver problemas.

La pregunta que se impone es ¿la extirpación de un bazo sano es indiferente para el hombre?. En realidad casi todos los autores están de acuerdo en decir que prácticamente no hay ningún trastorno evidente cuando se extirpa un bazo sano. Yo tuve que quitar hace 13 años un bazo

en un paciente de 23 años que había sufrido un traumatismo, en el hipocondrio izquierdo, habiéndole causado la ruptura del mismo y que operé por un cuadro de anemia aguda por hemorragia interna. Este paciente fué operado en el puesto No. 1 de la Cruz Verde y aunque no pudo ser vigilado por mucho tiempo, sí puedo asegurar que su post-operatorio fue normal no habiendo tenido ninguna complicación digna de ser tomada en cuenta. Sin embargo Latten (2) refiere un caso en el que una esplenectomía hecha a un individuo que también había sufrido un traumatismo, fué seguida de una secuela post-operatoria tormentosa: presentó neumonía lobar izquierda, endocarditis seguida de un cuadro de reumatismo articular agudo que obligó al paciente a permanecer en el Hospital 3 meses después de la intervención. Haberer, Brener y Kroh (3) también relatan casos, el primero 3, el segundo 1 y el tercero otro, en los cuales la esplenectomía hecha en bazo sano fue seguida de cuadros infecciosos de una seriedad muy grande ocasionando la muerte en 3 de ellos, tachando estas muertes a que la extirpación del bazo produjo una disminución de su resistencia y a cambios de inmunidad. Este problema en realidad no está resuelto y hacen falta mayores observaciones para llegar a una conclusión más firme. Lo que está mejor estudiado es el efecto que tiene la extirpación de un bazo enfermo y a éste respecto creo se puede decir que si la extirpación de un bazo sano pueda causar algunos trastornos, no hay duda de que cuando está enfermo y se provocan repercusiones serias que puedan afectar la vida, su extirpación está perfectamente justificada.

El papel que el bazo desempeña en el organismo es muy complejo; y debo hacer hincapié en ello, hay muchos puntos oscuros todavía en su fisiología; sin embargo, algunas funciones están bien establecidas y de ahí se deriva la necesidad de conocerlas para poder saber con mayor razón, cuando está indicado hacer una esplenectomía. Se sabe firmemente que el bazo ejerce una función inhibitoria entre la médula roja y la sangre periférica; probablemente ésta función es llevada a cabo por medio de hormonas y Bergstrom (4) piensa que estas hormonas ejercen un verdadero bloqueo entre la médula y la sangre, bloqueo que puede ser total o parcial, dando lugar a los diferentes tipos hematológicos que se presentan cuando su función está alterada. Así pues en el hiperesplenis-

primero en reconocer que es bastante pobre, creo que a pesar de ser el resultado de 3 años de trabajo en estos asuntos, no es suficiente para sacar conclusiones muy amplias ni para sustentar criterios muy bien definidos, pero de cualquier modo tengo la esperanza de que escribiendo cada uno de nosotros su pequeña o su grande experiencia, pongamos los puntales para que cada vez se despierte más y más el interés por estos estudios y con el tiempo nuestra literatura sea tomada en cuenta en la Bibliografía Mundial.

Como una breve nota preliminar y para comprender mejor su patología, voy a intentar bosquejar lo que actualmente se sabe por fisiología normal y patológica del bazo y recordar también muy brevemente, sus relaciones anatómicas que pueden explicar satisfactoriamente algunos problemas que se presentan cuando está enfermo. Tanto el sitio anatómico que tiene, como su estructura y sus funciones, son fundamentales para darnos cuenta de las alteraciones que otros órganos (estómago e hígado) presentan frecuentemente. Está en relación estrecha con el estómago y con la cola del páncreas sobre el cual camina la vena y la arteria esplénicas. Colocado encima del riñón izquierdo y del ángulo cólico izquierdo, está también en relación muy estrecha con el lóbulo izquierdo del hígado. La gran vena esplénica se une con la vena mesentérica inferior y la superior para constituir la porta. Esta derivación de la vena esplénica en la circulación portal, es justamente como lo hace notar Marchal (1), lo que aclara la estrecha solidaridad patológica de los trastornos esplénicos y hepáticos; la importancia de la hipertensión portal para los dos órganos y la relativa frecuencia de gastrorrágias debida a la alteración de los ramos gástricos de la vena esplénica o a várices esofágicas debidas a la misma hipertensión portal.

Las funciones de bazo han sido muy discutidas y tengo la convicción de que todavía queda un campo muy amplio en el que tanto investigadores como fisiólogos, puedan contribuir para aclarar dudas y resolver problemas.

La pregunta que se impone es ¿la extirpación de un bazo sano es indiferente para el hombre?. En realidad casi todos los autores están de acuerdo en decir que prácticamente no hay ningún trastorno evidente cuando se extirpa un bazo sano. Yo tuve que quitar hace 13 años un bazo



en un paciente de 23 años que había sufrido un traumatismo, en el hipocondrio izquierdo, habiéndole causado la ruptura del mismo y que operé por un cuadro de anemia aguda por hemorragia interna. Este paciente fué operado en el puesto No. 1 de la Cruz Verde y aunque no pudo ser vigilado por mucho tiempo, sí puedo asegurar que su post-operatorio fue normal no habiendo tenido ninguna complicación digna de ser tomada en cuenta. Sin embargo Latten (2) refiere un caso en el que una esplenectomía hecha a un individuo que también había sufrido un traumatismo, fué seguida de una secuela post-operatoria tormentosa: presentó neumonía lobar izquierda, endocarditis seguida de un cuadro de reumatismo articular agudo que obligó al paciente a permanecer en el Hospital 3 meses después de la intervención. Haberer, Brener y Kroh (3) también relatan casos, el primero 3, el segundo 1 y el tercero otro, en los cuales la esplenectomía hecha en bazo sano fue seguida de cuadros infecciosos de una seriedad muy grande ocasionando la muerte en 3 de ellos, tachando estas muertes a que la extirpación del bazo produjo una disminución de su resistencia y a cambios de inmunidad. Este problema en realidad no está resuelto y hacen falta mayores observaciones para llegar a una conclusión más firme. Lo que está mejor estudiado es el efecto que tiene la extirpación de un bazo enfermo y a éste respecto creo se puede decir que si la extirpación de un bazo sano pueda causar algunos trastornos, no hay duda de que cuando está enfermo y se provocan repercusiones serias que puedan afectar la vida, su extirpación está perfectamente justificada.

El papel que el bazo desempeña en el organismo es muy complejo; y debo hacer hincapié en ello, hay muchos puntos oscuros todavía en su fisiología; sin embargo, algunas funciones están bien establecidas y de ahí se deriva la necesidad de conocerlas para poder saber con mayor razón, cuando está indicado hacer una esplenectomía. Se sabe firmemente que el bazo ejerce una función inhibitoria entre la médula roja y la sangre periférica; probablemente ésta función es llevada a cabo por medio de hormonas y Bergstrom (4) piensa que estas hormonas ejercen un verdadero bloqueo entre la médula y la sangre, bloqueo que puede ser total o parcial, dando lugar a los diferentes tipos hematológicos que se presentan cuando su función está alterada. Así pues en el hiperesplenis-

mo, término creado desde 1913 para expresar la hiperfunción del bazo, se pueden presentar anemias, granulocitopenias o trombocitopenias, o incluso un panhematocitopenias. El bazo normal está interpuesto entre la médula roja y la sangre y secreta hormonas que regulan el crecimiento y maduración de las células de la médula. En condiciones normales hay un equilibrio entre la producción y la destrucción de los elementos sanguíneos; durante el paso de éstos por los sinusoides venosos del bazo, los eritrocitos viejos son destruidos y retirados de la circulación; se calcula que ésta destrucción de eritrocitos es de un trillón por día. En situaciones anormales ésta destrucción puede estar exagerada y entonces aparecen signos de hemólisis o sea hiperbilirrubinemia, hemoglobina, hemoglobinuria, aumento de la urobilina fecal, pudiendo además encontrarse en éste cuadro, un aumento de la fragilidad globular y esferocitosis. Es muy importante hacer notar que la esferocitosis cuando existe con un bazo normal o hipertrofiado da lugar a hemólisis; pero en un individuo esplenectomizado aunque exista esferocitosis, ésta no da lugar a hemólisis. En los glóbulos blancos éste poder inhibitorio del bazo, se demuestra muy claramente, ya que la esplenectomía está seguida casi de inmediato, por un aumento muy marcado de trombocitos y de leucocitos. Respecto al papel que el bazo tiene en la formación de elementos figurados de la sangre, Cole y asociados (5) creen que en la vida fetal, el bazo es capaz de formar toda clase de células sanguíneas, pero que al llegar a la vida adulta esta función es mínima y únicamente se limita para formar linfocitos y monocitos. El mismo Cole y asociados piensan que puede haber ciertas condiciones especiales en que se formen en exceso en el bazo los elementos figurados de la sangre; dando lugar entonces cuando éste exceso es en los glóbulos blancos a los diferentes tipos de leucemias.

En resumen, cuando el bazo exagera su papel de destrucción de los elementos de la sangre, se produce el hiperesplenismo que está representado hematológicamente por anemia, leucopenia y trombocitopenia ya sea en conjunto o aisladamente. Esta situación puede llegar a ser de severidad tan grande, que entonces está plenamente justificado practicar una esplenectomía.

Con estas bases fisiológicas y fisiopatológicas, se pueden ya deducir cuáles deberán ser las indicaciones de la esplenectomía y se com-

prende entonces con cierta facilidad, que en la actualidad poco a poco estas indicaciones se precisen más, haciendo que la anarquía reinante a este respecto vaya siendo cada vez menor.

Desde luego creo que todos los casos de quistes, abscesos y tumores del bazo, tendrán una indicación operatoria indudable. Es posible que en estos casos no haya ningún síntoma hematológico que pueda traducir un trastorno en la función esplénica, pero aquí como en cualquier otro órgano el tratamiento deberá ser la exéresis; salvo en algunos casos de abscesos en los que los fenómenos inflamatorios sean tan intensos que el acto operatorio se reduzca a un simple drenaje.

Nosotros no hemos tenido ninguno de éstos casos y solamente en una ocasión, tuve que hacer una laparatomía exploradora en un joven de 18 años cuyo diagnóstico pre-operatorio fue extraordinariamente difícil. Este paciente tenía una tumoración en el hipocondrio izquierdo que clínicamente correspondía a un bazo grande, sin embargo ninguno de los medios de exploración nos llegó a demostrar de una manera satisfactoria cual era la causa posible de esta esplenomegalia; una sedimentación globular aumentada, un Mantoux positivo y el aspecto físico del paciente hizo sospechar que se tratara de un bazo fímico; habiendo sido tratado en el pabellón No. 20 por mi hermano Jorge, que fué el que hizo el estudio clínico, con una dosis suficiente de estreptomina y habiendo conseguido una mejoría aparente de su estado general, nos fué enviado para que le hiciéramos una laparatomía exploradora; practicada ésta, comprobamos que se trataba de una tuberculosis de forma caseosa que invadía gran parte del mesenterio e intestino delgado y que también afectaba el bazo, que estaba con adherencias tan extensas a todos los órganos vecinos y a la pared, que inclusive nos fué muy difícil identificarlo plenamente. Nos conformamos con quitar un ganglio mesentérico para biopsia, que confirmó nuestra sospecha y con cerrar la pared.

Tenemos la convicción de que quistes, tumores primarios y abscesos del bazo, son condiciones patológicas y extremadamente raras y cuyo diagnóstico es en algunas ocasiones muy difícil.

Cuando se llega a demostrar que la púrpura trombocitopénica es primaria, representa una indicación precisa de la esplenectomía. Se sabe que se puede dividir éste cuadro desde el punto de vista de su etiología

mo, término creado desde 1913 para expresar la hiperfunción del bazo, se pueden presentar anemias, granulocitopenias o trombocitopenias, o incluso un panhematocitopenias. El bazo normal está interpuesto entre la médula roja y la sangre y secreta hormonas que regulan el crecimiento y maduración de las células de la médula. En condiciones normales hay un equilibrio entre la producción y la destrucción de los elementos sanguíneos; durante el paso de éstos por los sinusoides venosos del bazo, los eritrocitos viejos son destruidos y retirados de la circulación; se calcula que ésta destrucción de eritrocitos es de un trillón por día. En situaciones anormales ésta destrucción puede estar exagerada y entonces aparecen signos de hemólisis o sea hiperbilirrubinemia, hemoglobina, hemoglobinuria, aumento de la urobilina fecal, pudiendo además encontrarse en éste cuadro, un aumento de la fragilidad globular y esferocitosis. Es muy importante hacer notar que la esferocitosis cuando existe con un bazo normal o hipertrofiado da lugar a hemólisis; pero en un individuo esplenectomizado aunque exista esferocitosis, ésta no da lugar a hemólisis. En los glóbulos blancos éste poder inhibitorio del bazo, se demuestra muy claramente, ya que la esplenectomía está seguida casi de inmediato, por un aumento muy marcado de trombocitos y de leucocitos. Respecto al papel que el bazo tiene en la formación de elementos figurados de la sangre, Cole y asociados (5) creen que en la vida fetal, el bazo es capaz de formar toda clase de células sanguíneas, pero que al llegar a la vida adulta esta función es mínima y únicamente se limita para formar linfocitos y monocitos. El mismo Cole y asociados piensan que puede haber ciertas condiciones especiales en que se formen en exceso en el bazo los elementos figurados de la sangre; dando lugar entonces cuando éste exceso es en los glóbulos blancos a los diferentes tipos de leucemias.

En resumen, cuando el bazo exagera su papel de destrucción de los elementos de la sangre, se produce el hiperesplenismo que está representado hematológicamente por anemia, leucopenia y trombocitopenia ya sea en conjunto o aisladamente. Esta situación puede llegar a ser de severidad tan grande, que entonces está plenamente justificado practicar una esplenectomía.

Con estas bases fisiológicas y fisiopatológicas, se pueden ya deducir cuáles deberán ser las indicaciones de la esplenectomía y se com-

prende entonces con cierta facilidad, que en la actualidad poco a poco estas indicaciones se precisen más, haciendo que la anarquía reinante a este respecto vaya siendo cada vez menor.

Desde luego creo que todos los casos de quistes, abscesos y tumores del bazo, tendrán una indicación operatoria indudable. Es posible que en estos casos no haya ningún síntoma hematológico que pueda traducir un trastorno en la función esplénica, pero aquí como en cualquier otro órgano el tratamiento deberá ser la exéresis; salvo en algunos casos de abscesos en los que los fenómenos inflamatorios sean tan intensos que el acto operatorio se reduzca a un simple drenaje.

Nosotros no hemos tenido ninguno de éstos casos y solamente en una ocasión, tuve que hacer una laparatomía exploradora en un joven de 18 años cuyo diagnóstico pre-operatorio fue extraordinariamente difícil. Este paciente tenía una tumoración en el hipocondrio izquierdo que clínicamente correspondía a un bazo grande, sin embargo ninguno de los medios de exploración nos llegó a demostrar de una manera satisfactoria cual era la causa posible de esta esplenomegalia; una sedimentación globular aumentada, un Mantoux positivo y el aspecto físico del paciente hizo sospechar que se tratara de un bazo fímico; habiendo sido tratado en el pabellón No. 20 por mi hermano Jorge, que fué el que hizo el estudio clínico, con una dosis suficiente de estreptomina y habiendo conseguido una mejoría aparente de su estado general, nos fué enviado para que le hiciéramos una laparatomía exploradora; practicada ésta, comprobamos que se trataba de una tuberculosis de forma caseosa que invadía gran parte del mesenterio e intestino delgado y que también afectaba el bazo, que estaba con adherencias tan extensas a todos los órganos vecinos y a la pared, que inclusive nos fué muy difícil identificarlo plenamente. Nos conformamos con quitar un ganglio mesentérico para biopsia, que confirmó nuestra sospecha y con cerrar la pared.

Tenemos la convicción de que quistes, tumores primarios y abscesos del bazo, son condiciones patológicas y extremadamente raras y cuyo diagnóstico es en algunas ocasiones muy difícil.

Cuando se llega a demostrar que la púrpura trombocitopénica es primaria, representa una indicación precisa de la esplenectomía. Se sabe que se puede dividir éste cuadro desde el punto de vista de su etiología

en dos grupos: la púrpura trombocitopénica primaria o esencial y la secundaria o sintomática. Ya hemos dicho cuando hablamos de la fisiología patológica del bazo que una forma de hiperesplenismo es cuando el poder inhibitorio del bazo se manifiesta por la destrucción exagerada de plaquetas, la trombocitopenia resultante da lugar a una tendencia hemorrágica para que como lo hace notar acertadamente Treviño (6) tiene lugar sobre todo en las mucosas gingival y nasal, con equimosis y petequias y rara vez por hematemesis. El bazo está ligeramente aumentado de tamaño y se ha dado como dato para diferenciar la trombocitopenia esencial de la sintomática, el hecho de que habitualmente el bazo está más grande en la última.

Además las exploraciones en la sangre son claramente demostrativas: se encuentra tiempo de coagulación normal, aumentado el tiempo de sangrado, irretractibilidad del coágulo, una baja considerable del número de plaquetas y un signo del lazo fuertemente positivo. El mileograma puede servir en algunos casos dudosos para ayudar a hacer el diagnóstico diferencial entre las dos condiciones: en la púrpura trombocitopénica primaria se encuentra un aumento muy acentuado de megacariocitos inmaduros que es la expresión más constante de hiperesplenismo, en cambio su número es casi normal en la secundaria. Esta como su nombre lo indica, es secundaria a procesos de muy variada índole: intoxicaciones, infecciones, radiaciones, etc. y la esplenectomía no tiene ningún valor terapéutico. En cambio todos están de acuerdo en las curaciones verdaderamente sorprendentes que tiene lugar cuando se hace en un caso típico de púrpura primaria. Para que éste éxito se realice ampliamente, hay que tener en cuenta varios factores; 1o. que la intervención se haga lo más precozmente posible; 2o. que no importe que el paciente esté sangrando abundantemente, pues quizá sea éste el momento en que más urgentemente sea necesario operar; 3o. que se tenga siempre a la mano gran cantidad de sangre para hacer transfusiones antes y en el momento operatorio, inclusive para introducirla por vía arterial si hay temor de que el paciente esté a punto de caer en estado de Shock; 4o. que en el momento operatorio se haga una búsqueda de bazos accesorios, ya que el dejar alguno, expone a la recidiva de la enfermedad.

De la serie de enfermos estudiados por nosotros, tenemos un caso que nos fué enviado por el Dr. Ruiz Castañeda: Individuo de 25 años que





*Fig. 1 A. R. R. Esplenomegalia.*



*Fig. 2. El mismo de perfil.*

en dos grupos: la púrpura trombocitopénica primaria o esencial y la secundaria o sintomática. Ya hemos dicho cuando hablamos de la fisiología patológica del bazo que una forma de hiperesplenismo es cuando el poder inhibitorio del bazo se manifiesta por la destrucción exagerada de plaquetas, la trombocitopenia resultante da lugar a una tendencia hemorrágica para que como lo hace notar acertadamente Treviño (6) tiene lugar sobre todo en las mucosas gingival y nasal, con equimosis y petequias y rara vez por hematemesis. El bazo está ligeramente aumentado de tamaño y se ha dado como dato para diferenciar la trombocitopenia esencial de la sintomática, el hecho de que habitualmente el bazo está más grande en la última.

Además las exploraciones en la sangre son claramente demostrativas: se encuentra tiempo de coagulación normal, aumentado el tiempo de sangrado, irretractibilidad del coágulo, una baja considerable del número de plaquetas y un signo del lazo fuertemente positivo. El mileograma puede servir en algunos casos dudosos para ayudar a hacer el diagnóstico diferencial entre las dos condiciones: en la púrpura trombocitopénica primaria se encuentra un aumento muy acentuado de megacariocitos inmaduros que es la expresión más constante de hiperesplenismo, en cambio su número es casi normal en la secundaria. Esta como su nombre lo indica, es secundaria a procesos de muy variada índole: intoxicaciones, infecciones, radiaciones, etc. y la esplenectomía no tiene ningún valor terapéutico. En cambio todos están de acuerdo en las curaciones verdaderamente sorprendentes que tiene lugar cuando se hace en un caso típico de púrpura primaria. Para que éste éxito se realice ampliamente, hay que tener en cuenta varios factores; 1o. que la intervención se haga lo más precozmente posible; 2o. que no importe que el paciente esté sangrando abundantemente, pues quizá sea éste el momento en que más urgentemente sea necesario operar; 3o. que se tenga siempre a la mano gran cantidad de sangre para hacer transfusiones antes y en el momento operatorio, inclusive para introducirla por vía arterial si hay temor de que el paciente esté a punto de caer en estado de Shock; 4o. que en el momento operatorio se haga una búsqueda de bazos accesorios, ya que el dejar alguno, expone a la recidiva de la enfermedad.

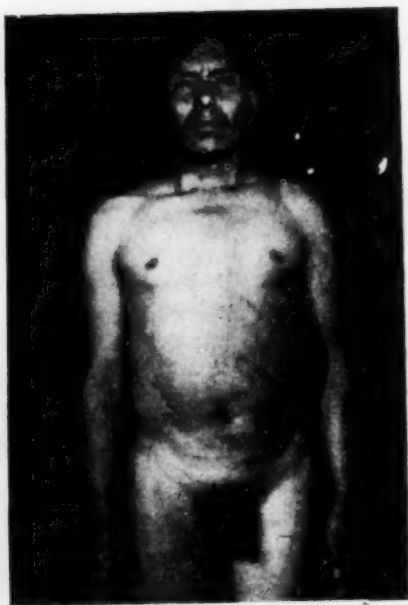
De la serie de enfermos estudiados por nosotros, tenemos un caso que nos fué enviado por el Dr. Ruiz Castañeda: Individuo de 25 años que



*Fig. 1 A. R. R. Esplenomegalia.*



*Fig. 2. El mismo de perfil.*

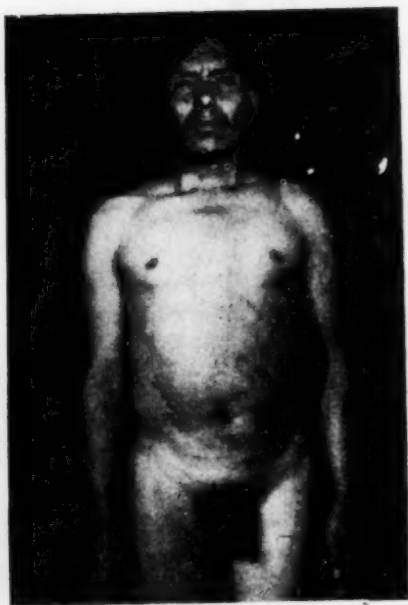


*Fig. 3. A. R. P. Después de la esplenec-  
tomía.*

## LA ESPLENECTOMÍA

estaba siendo tratado y prácticamente curado de una brucelosis que le había durado seis meses; en éstas condiciones un día empezó a tener gingivorragias y epistaxis que fueron cada vez más profusas, se le hace una cuenta de plaquetas y se le encuentra 60,000 por mmc.; tiempo de coagulación normal, de sangrado 12 minutos, prueba del bazo positiva. La cuenta de plaquetas hecha el día siguiente dió 9,000 por mmc. A pesar de las transfusiones repetidas y de haberle administrado toda clase de coagulantes, como el enfermo seguía sangrando, fué enviado al Pab. No 2 en donde se le hizo una cuenta de plaquetas habiendo dado 60,000 por mmc. En estas condiciones fué esplenectomizado, habiéndosele pasado durante el acto operatorio 500 cc. de sangre total. Se tomó sangre para hacer cuenta de plaquetas después de haber ligado el pedículo esplénico y la cifra fué de 180,000 por mmc. se encontró al bazo moderadamente grande, con adherencias laxas al diafragma que sangraba poco; en realidad, se puede decir que no hubo errores técnicos durante la intervención. A pesar de todo el enfermo falleció al terminar el acto quirúrgico, con un cuadro franco de shock. Como todos los casos de fracasos enseñan más que los éxitos, creo que si analizamos los hechos podemos sacar algunas conclusiones provechosas; por ejemplo: me parece que el paciente nos fué enviado demasiado tarde; tal vez como se trataba de un brucelósico recientemente curado, es posible que no se tratara de un caso típico de púrpura trombocitopénica primaria sino probablemente secundaria y por último no tuvimos a mano mayor cantidad de sangre para poderlo sacar del shock que fué en última instancia lo que causó la muerte.

La ictericia hemolítica, enfermedad de Minkowsky-Chauffard es otro padecimiento en el que la indicación de la esplenectomía es absolutamente precisa. Está constituida por una serie de síntomas que la individualizan perfectamente bien y su diagnóstico debe ser hecho con relativa facilidad, siempre que en un caso de ictericia acolúrica se piense en ella. Habitualmente se presenta en individuos jóvenes, con marcado retardo en su crecimiento, con antecedentes familiares del mismo padecimiento, pues es hereditaria, genotípica y se trasmite siguiendo las leyes de Mendel, el profesor Debré (7) le ha dado el nombre de "enfermedad hemolítica", con ictericia, sin insuficiencia hepática, sin prurito, con esplenomegalia que puede alcanzar un tamaño bastante grande y caracte-



*Fig. 3. A. R. P. Después de la esplenec-  
tomía.*



estaba siendo tratado y prácticamente curado de una brucelosis que le había durado seis meses; en éstas condiciones un día empezó a tener gingivorragias y epistaxis que fueron cada vez más profusas, se le hace una cuenta de plaquetas y se le encuentra 60,000 por mmc.; tiempo de coagulación normal, de sangrado 12 minutos, prueba del bazo positiva. La cuenta de plaquetas hecha el día siguiente dió 9,000 por mmc. A pesar de las transfusiones repetidas y de haberle administrado toda clase de coagulantes, como el enfermo seguía sangrando, fué enviado al Pab. No 2 en donde se le hizo una cuenta de plaquetas habiendo dado 60,000 por mmc. En estas condiciones fué esplenectomizado, habiéndosele pasado durante el acto operatorio 500 cc. de sangre total. Se tomó sangre para hacer cuenta de plaquetas después de haber ligado el pedículo esplénico y la cifra fué de 180,000 por mmc. se encontró al bazo moderadamente grande, con adherencias laxas al diafragma que sangraba poco; en realidad, se puede decir que no hubo errores técnicos durante la intervención. A pesar de todo el enfermo falleció al terminar el acto quirúrgico, con un cuadro franco de shock. Como todos los casos de fracasos enseñan más que los éxitos, creo que si analizamos los hechos podemos sacar algunas conclusiones provechosas; por ejemplo: me parece que el paciente nos fué enviado demasiado tarde; tal vez como se trataba de un brucelósico recientemente curado, es posible que no se tratara de un caso típico de púrpura trombocitopénica primaria sino probablemente secundaria y por último no tuvimos a mano mayor cantidad de sangre para poderlo sacar del shock que fué en última instancia lo que causó la muerte.

La ictericia hemolítica, enfermedad de Minkowsky-Chauffard es otro padecimiento en el que la indicación de la esplenectomía es absolutamente precisa. Está constituida por una serie de síntomas que la individualizan perfectamente bien y su diagnóstico debe ser hecho con relativa facilidad, siempre que en un caso de ictericia acolúrica se piense en ella. Habitualmente se presenta en individuos jóvenes, con marcado retardo en su crecimiento, con antecedentes familiares del mismo padecimiento, pues es hereditaria, genotípica y se trasmite siguiendo las leyes de Mendel, el profesor Debré (7) le ha dado el nombre de "enfermedad hemolítica", con ictericia, sin insuficiencia hepática, sin prurito, con esplenomegalia que puede alcanzar un tamaño bastante grande y caracte-

izada por presentarse en forma de crisis en las cuales la ictericia se exacerba y puede haber fiebre. Los análisis del laboratorio ayudan definitivamente al diagnóstico y de ellos sobre todo los datos hematológicos: Hay una anemia de tipo isocromico, que como dije puede alcanzar cifras de 3,000.000 sobre todo en esas crisis de desglobulización; los hematies se encuentran deformados, habiendo un 30% aproximado de micro-esferocitos, llamándose así por tener una forma esferoidal en lugar de bicóncava como es lo habitual; un aumento muy acentuado de la fragilidad globular en las soluciones hipotónicas cloruradas y reticulocitosis. Aunque el mielograma presenta algunos datos de importancia, tales como un aumento de los elementos mieloides, eritroides y megacariocitos, que son la expresión del hiperesplenismo, se puede considerar desde el punto de vista práctico que su estudio no es indispensable para establecer el diagnóstico. Los otros datos de laboratorio son los siguientes: Reacción de Van Den Bergh, indirecta positiva; reacción de Triboulet, positiva; aumento de la urobilina en la orina; índice icterico aumentado.

Se encuentra que hay un 60% de estos pacientes (White) (8), que son portadores de cálculos en la vesícula biliar; ésta incidencia aumenta con la edad. La explicación que da Curtis (9) de la formación de los cálculos me parece satisfactoria; dice que son de una variedad no común y representan grandes masas de pigmento sanguíneo formado en el bazo a expensas de los glóbulos rojos destruidos, transportados al hígado y de ahí excretados por la bilis a la vesícula en donde se concretan y se forman; son de pigmento biliar en su mayor parte, aunque algunos pueden tener colesterol y estar cubiertos de depósitos calcáreos. Son oscuros, irregulares y frágiles. Se concibe fácilmente, que su presencia pueda en algunas ocasiones provocar todo un cuadro de ictericia por obstrucción que con su cortejo de síntomas venga a complicar la ictericia ya existente.

Como se puede ver, ésta enfermedad es causada por una función exagerada del bazo, cuyo poder de destrucción de los glóbulos rojos y la anemia que se encuentra; la presencia de los esferocitos en la sangre, es la expresión del trabajo aumentado de la médula, que pretende compensar la destrucción de los glóbulos rojos. Esta es según nuestra exposición

## LA ESPLENECTOMÍA

hecha al principio del trabajo una forma de hiperesplenismo y por eso la esplenectomía tiene en estos casos una indicación formal.

Los resultados son sencillamente asombrosos, la ictericia desaparece, el desarrollo se mejora, la anemia se quita y solamente queda durante algún tiempo esferocitosis que paulatinamente va disminuyendo. Como la púrpura trombocitopénica, el diagnóstico del padecimiento debe ser seguido de una intervención temprana, que lleva en estos casos todas estas ventajas y que han sido señaladas por Curtis (10): 1a. prevención de la formación casi fatal de cálculos en la vesícula biliar; 2a. prevención de las crisis que el llama hemoclásticas y que pueden ser precipitadas por cualquier infección, traumatismo o acto quirúrgico diferente; 3a. prevenir los efectos que sobre el organismo puede tener un prolongado estado de anemia; 4a. y último, que la esplenectomía puede ser hecha con menos dificultad y con un riesgo menor.

Casi todos los autores, están de acuerdo en que el acto quirúrgico debe ser llevado a efecto fuera de las crisis evolutivas; hay sin embargo quien (Curtis) dice que no hay ningún inconveniente en practicarla en cualquier tiempo. Nuestro criterio a éste respecto es: que para evitar hasta donde sea posible el riesgo operatorio es preferible efectuar la intervención cuando el paciente esté en sus periodos de remisión. Como dato complementario, pero de gran interés es lo que se ha dicho sobre el efecto de las transfusiones de sangre total en estos enfermos. Se considera, Cole y asociados lo hacen notar (11), que las transfusiones pueden provocar severas reacciones y que cuando están indicadas, deben ser hechas después de haber ligado el pedículo esplénico.

Nosotros hemos tenido un caso típico que nos fué enviado del Pab. No. 20 del Hospital General, en donde fué estudiado. Se trataba de un muchacho de 17 años, cuyo desarrollo deja mucho que desear, ya que representaba tener unos doce años. Desde que tenía 8 años, su madre le notó una tumoración en el hipocondrio derecho y 2 años después le empezó a doler sobre todo cuando hacía ejercicios más o menos bruscos. Presentó varias crisis de fiebre precedidas de calosfríos que duraban unos cuantos días y que le desaparecían sin ninguna terapéutica, dejándolo asténico, pálido y con un tinte amarillento de tegumentos y mucosas. Cuando ingreso al Servicio del Pab. No. 20 acababa de sufrir una de éstas cri-

izada por presentarse en forma de crisis en las cuales la ictericia se exacerba y puede haber fiebre. Los análisis del laboratorio ayudan definitivamente al diagnóstico y de ellos sobre todo los datos hematológicos: Hay una anemia de tipo isocromico, que como dije puede alcanzar cifras de 3,000.000 sobre todo en esas crisis de desglobulización; los hematies se encuentran deformados, habiendo un 30% aproximado de micro-esferocitos, llamándose así por tener una forma esferoidal en lugar de bicóncava como es lo habitual; un aumento muy acentuado de la fragilidad globular en las soluciones hipotónicas cloruradas y reticulocitosis. Aunque el mielograma presenta algunos datos de importancia, tales como un aumento de los elementos mieloides, eritroides y megacariocitos, que son la expresión del hiperesplenismo, se puede considerar desde el punto de vista práctico que su estudio no es indispensable para establecer el diagnóstico. Los otros datos de laboratorio son los siguientes: Reacción de Van Den Bergh, indirecta positiva; reacción de Triboulet, positiva; aumento de la urobilina en la orina; índice icterico aumentado.

Se encuentra que hay un 60% de estos pacientes (White) (8), que son portadores de cálculos en la vesícula biliar; ésta incidencia aumenta con la edad. La explicación que da Curtis (9) de la formación de los cálculos me parece satisfactoria; dice que son de una variedad no común y representan grandes masas de pigmento sanguíneo formado en el bazo a expensas de los glóbulos rojos destruidos, transportados al hígado y de ahí excretados por la bilis a la vesícula en donde se concretan y se forman; son de pigmento biliar en su mayor parte, aunque algunos pueden tener colesterol y estar cubiertos de depósitos calcáreos. Son oscuros, irregulares y frágiles. Se concibe fácilmente, que su presencia pueda en algunas ocasiones provocar todo un cuadro de ictericia por obstrucción que con su cortejo de síntomas venga a complicar la ictericia ya existente.

Como se puede ver, ésta enfermedad es causada por una función exagerada del bazo, cuyo poder de destrucción de los glóbulos rojos y la anemia que se encuentra; la presencia de los esferocitos en la sangre, es la expresión del trabajo aumentado de la médula, que pretende compensar la destrucción de los glóbulos rojos. Esta es según nuestra exposición

## LA ESPLENECTOMÍA

hecha al principio del trabajo una forma de hiperesplenismo y por eso la esplenectomía tiene en estos casos una indicación formal.

Los resultados son sencillamente asombrosos, la ictericia desaparece, el desarrollo se mejora, la anemia se quita y solamente queda durante algún tiempo esferocitosis que paulatinamente va disminuyendo. Como la púrpura trombocitopénica, el diagnóstico del padecimiento debe ser seguido de una intervención temprana, que lleva en estos casos todas estas ventajas y que han sido señaladas por Curtis (10): 1a. prevención de la formación casi fatal de cálculos en la vesícula biliar; 2a. prevención de las crisis que el llama hemoclásticas y que pueden ser precipitadas por cualquier infección, traumatismo o acto quirúrgico diferente; 3a. prevenir los efectos que sobre el organismo puede tener un prolongado estado de anemia; 4a. y último, que la esplenectomía puede ser hecha con menos dificultad y con un riesgo menor.

Casi todos los autores, están de acuerdo en que el acto quirúrgico debe ser llevado a efecto fuera de las crisis evolutivas; hay sin embargo quien (Curtis) dice que no hay ningún inconveniente en practicarla en cualquier tiempo. Nuestro criterio a éste respecto es: que para evitar hasta donde sea posible el riesgo operatorio es preferible efectuar la intervención cuando el paciente esté en sus periodos de remisión. Como dato complementario, pero de gran interés es lo que se ha dicho sobre el efecto de las transfusiones de sangre total en estos enfermos. Se considera, Cole y asociados lo hacen notar (11), que las transfusiones pueden provocar severas reacciones y que cuando están indicadas, deben ser hechas después de haber ligado el pedículo esplénico.

Nosotros hemos tenido un caso típico que nos fué enviado del Pab. No. 20 del Hospital General, en donde fué estudiado. Se trataba de un muchacho de 17 años, cuyo desarrollo deja mucho que desear, ya que representaba tener unos doce años. Desde que tenía 8 años, su madre le notó una tumoración en el hipocondrio derecho y 2 años después le empezó a doler sobre todo cuando hacía ejercicios más o menos bruscos. Presentó varias crisis de fiebre precedidas de calosfríos que duraban unos cuantos días y que le desaparecían sin ninguna terapéutica, dejándolo asténico, pálido y con un tinte amarillento de tegumentos y mucosas. Cuando ingreso al Servicio del Pab. No. 20 acababa de sufrir una de éstas cri-

sis y la ictericia era muy evidente. Ultimamente en el curso de una de éstas, presentó epistaxis. Los análisis de laboratorio fueron los siguientes: glóbulos rojos 4,000.000; hemoglobina 10 grs. reticulocitos 16%. El estudio de los glóbulos rojos dió anisocitosis, abundantes microesferocitos, aumento muy acentuado de la fragilidad globular ya que la hemolisis se inició a los 0.65 de la solución clorurada y el testigo a los 0.45. El mielograma demostró aumento de los megacariocitos y con muy intensa reacción normoblástica. La reacción de Van Den Bergh resultó indirecta positiva y el resto de las pruebas funcionales de hígado dió resultados normales. Serología para lues, negativa. Investigación de hematozoario, negativo. En estas condiciones fue pasado al Pab. No. 3 en donde le hice una esplenectomía el día 18 de agosto de 1948. La cuenta de plaquetas hecha antes de la intervención, fué normal. El acto quirúrgico fue realizando sin ninguna dificultad habiendo extirpado un bazo grande de 30 cms. de extensión en su eje mayor y 11 cms. en el transversal, libre, al corte de la pulpa esplénica, daba al aspecto de estar carnificado. La cuenta de plaquetas inmediatamente después de haber ligado el pedículo, dió una cifra de 300,000 por mmc. Su post-operatorio fue normal y el resultado de los exámenes hematológicos hechos unos días después de la intervención fue el siguiente glóbulos rojos 4,580,000. Hemoglobina 16 grs. 04, Leucocitos 10,350; plaquetas 350,000. Se encontraron microesferocitos medianamente numerosos, reticulocitos 0.8%, escasos cuerpos de Howell-Jolly, anisocitosis y poiquilocitosis medianas. La fragilidad globular mejoró, pues la hemolisis, se inició a los 0.60, en lugar de ser a los 0.65. Unos cuantos días después de la esplenectomía, el estado general se mejoró notablemente; se le tuvo en observación 4 meses en los cuales aumentó 8 kilos de peso y en vista de su magnifico estado, fue dado de alta por curación, en los primeros días del mes de diciembre del año 1948. Tengo noticias ciertas de que hasta la fecha se ha conservado en buenas condiciones y no ha tenido ningún contratiempo en su estado de salud.

Voy a entrar en la discusión de otro grupo que desde que Banti lo describió en 1894 ha suscitado muchas controversias y todavía en la actualidad no se han podido poner de acuerdo quienes escriben sobre estos temas. Ya desde el principio nota uno lo difícil que es llegar a un



acuerdo final, cuando hasta para designar éste síndrome hay una terminología tan amplia. Enfermedad de Banti síndrome de Banti, Anemia esplénica, bazo congestivo crónico, esplenomegalias fibrocongestivas, enfermedad de Rousselot, etc., ha sido designado según las simpatías y el concepto que cada autor tiene del padecimiento y eso ha provocado una gran confusión cuando se trata de éste asunto.

Desde luego estamos de acuerdo en que la descripción original de Banti, dista mucho de ser la que realmente conocemos ahora. El cuadro que el dió, ha sufrido tantos retoques que poco nos queda del descrito por él y con el tiempo se ha hecho cada vez un poco más comprensible. En realidad la etio-patogenia es múltiple, y en consecuencia debe ser considerado como un síndrome. Sus causas son algunas veces tan obscuras que escapan completamente al clínico y al laboratorio más cuidadosos; se ha puesto de moda sobre todo en la escuela americana, hacer influir entre la patología del padecimiento, la presencia de flebitis y trombosis de la vena esplénica e incluso anomalías que puedan obstruirla. En ésta discusión hay quien considera que debe hacerse un grupo especial de estos casos y separarlos definitivamente del grupo que se designa habitualmente como síndrome de Banti. Cole (12) incluso considera que los resultados obtenidos con la esplenectomía difieren en uno y otro caso. Mussey (13) piensa que puede haber relación entre la incompatibilidad del factor Rh de los padres y la aparición en los hijos de lesiones en el bazo y en el hígado que puedan causar hematemesis, esplenomegalia y posteriormente lesiones de cirrosis hepática características del Banti. Funda su opinión en el hecho de haber encontrado una familia en la que los padres tenían incompatibilidad del Rh y en sus tres últimos hijos se encontraron lesiones de ese tipo.

Como se ve, hay toda una incógnita respecto a éste punto debatido; a pesar de todo, nosotros creemos que en muchos casos la esplenectomía está indicada y sus resultados deben ser considerados como muy satisfactorios. Flores Epinosa, Acevedo Olvera y Treviño (14) presentan una estadística de 12 casos, algunos incluidos entre los que yo presento y en los cuales 10 han presentado una mejoría notable; ya que tanto sus condiciones clínicas como las pruebas de su funcionamiento hepático han mejorado a tal punto que muchos de ellos después de cinco

sis y la ictericia era muy evidente. Ultimamente en el curso de una de éstas, presentó epistaxis. Los análisis de laboratorio fueron los siguientes: glóbulos rojos 4,000.000; hemoglobina 10 grs. reticulocitos 16%. El estudio de los glóbulos rojos dió anisocitosis, abundantes microesferocitos, aumento muy acentuado de la fragilidad globular ya que la hemolisis se inició a los 0.65 de la solución clorurada y el testigo a los 0.45. El mielograma demostró aumento de los megacariocitos y con muy intensa reacción normoblástica. La reacción de Van Den Bergh resultó indirecta positiva y el resto de las pruebas funcionales de hígado dió resultados normales. Serología para lues, negativa. Investigación de hematozoario, negativo. En estas condiciones fue pasado al Pab. No. 3 en donde le hice una esplenectomía el día 18 de agosto de 1948. La cuenta de plaquetas hecha antes de la intervención, fué normal. El acto quirúrgico fue realizando sin ninguna dificultad habiendo extirpado un bazo grande de 30 cms. de extensión en su eje mayor y 11 cms. en el transversal, libre, al corte de la pulpa esplénica, daba al aspecto de estar carnificado. La cuenta de plaquetas inmediatamente después de haber ligado el pedículo, dió una cifra de 300,000 por mmc. Su post-operatorio fue normal y el resultado de los exámenes hematológicos hechos unos días después de la intervención fue el siguiente glóbulos rojos 4,580,000. Hemoglobina 16 grs. 04, Leucocitos 10,350; plaquetas 350,000. Se encontraron microesferocitos medianamente numerosos, reticulocitos 0.8%, escasos cuerpos de Howell-Jolly, anisocitosis y poiquilocitosis medianas. La fragilidad globular mejoró, pues la hemolisis, se inició a los 0.60, en lugar de ser a los 0.65. Unos cuantos días después de la esplenectomía, el estado general se mejoró notablemente; se le tuvo en observación 4 meses en los cuales aumentó 8 kilos de peso y en vista de su magnifico estado, fue dado de alta por curación, en los primeros días del mes de diciembre del año 1948. Tengo noticias ciertas de que hasta la fecha se ha conservado en buenas condiciones y no ha tenido ningún contratiempo en su estado de salud.

Voy a entrar en la discusión de otro grupo que desde que Banti lo describió en 1894 ha suscitado muchas controversias y todavía en la actualidad no se han podido poner de acuerdo quienes escriben sobre estos temas. Ya desde el principio nota uno lo difícil que es llegar a un

acuerdo final, cuando hasta para designar éste síndrome hay una terminología tan amplia. Enfermedad de Banti síndrome de Banti, Anemia esplénica, bazo congestivo crónico, esplenomegalias fibrocongestivas, enfermedad de Rousselot, etc., ha sido designado según las simpatías y el concepto que cada autor tiene del padecimiento y eso ha provocado una gran confusión cuando se trata de éste asunto.

Desde luego estamos de acuerdo en que la descripción original de Banti, dista mucho de ser la que realmente conocemos ahora. El cuadro que el dió, ha sufrido tantos retoques que poco nos queda del descrito por él y con el tiempo se ha hecho cada vez un poco más comprensible. En realidad la etio-patogenia es múltiple, y en consecuencia debe ser considerado como un síndrome. Sus causas son algunas veces tan obscuras que escapan completamente al clínico y al laboratorio más cuidadosos; se ha puesto de moda sobre todo en la escuela americana, hacer influir entre la patología del padecimiento, la presencia de flebitis y trombosis de la vena esplénica e incluso anomalías que puedan obstruirla. En ésta discusión hay quien considera que debe hacerse un grupo especial de estos casos y separarlos definitivamente del grupo que se designa habitualmente como síndrome de Banti. Cole (12) incluso considera que los resultados obtenidos con la esplenectomía difieren en uno y otro caso. Mussey (13) piensa que puede haber relación entre la incompatibilidad del factor Rh de los padres y la aparición en los hijos de lesiones en el bazo y en el hígado que puedan causar hematemesis, esplenomegalia y posteriormente lesiones de cirrosis hepática características del Banti. Funda su opinión en el hecho de haber encontrado una familia en la que los padres tenían incompatibilidad del Rh y en sus tres últimos hijos se encontraron lesiones de ese tipo.

Como se ve, hay toda una incógnita respecto a éste punto debatido; a pesar de todo, nosotros creemos que en muchos casos la esplenectomía está indicada y sus resultados deben ser considerados como muy satisfactorios. Flores Epinosa, Acevedo Olvera y Treviño (14) presentan una estadística de 12 casos, algunos incluidos entre los que yo presento y en los cuales 10 han presentado una mejoría notable; ya que tanto sus condiciones clínicas como las pruebas de su funcionamiento hepático han mejorado a tal punto que muchos de ellos después de cinco

taños de haber sido esplenectomizados, están actualmente haciendo su trabajo habitual. También desde 1946 Flores Espinosa (15), hizo notar algunas características clínicas que se encuentran en estos enfermos, y que pueden servir para aclarar el diagnóstico. Habitualmente se presenta en individuos jóvenes, en los que no hay antecedentes alcohólicos, en los que tampoco se encuentra muy claro el factor nutricional, en los que por último tienen siempre el dato de que la esplenomegalia precede a los síntomas hepáticos, ésto asociado casi siempre con grandes hemorragias sobre todo en forma de hematemesis y con ascitis. Es claro que si a estos datos podemos añadir los que nos dá el examen hematológico, que son casi siempre anemia y leucopenia, tendremos razón para justificar el que en estos pacientes se practique la esplenectomía. Pero también es necesario insistir, que cuando se llegue a un diagnóstico de síndrome de Banti la indicación operatoria debe ser temprana; pues es lógico suponer que cuando hay lesiones muy avanzadas en el hígado, la terapéutica quirúrgica será muy discutible y sus resultados muy poco satisfactorios.

He operado en los últimos tres años, 10 casos etiquetados con la denominación de síndrome de Banti. La edad fluctuó entre los 18 y los 46 años, pero la inmensa mayoría oscilaba entre los 22 y los 32 años. Fueron 4 mujeres y 6 hombres; en ninguno encontramos antecedentes alcohólicos, ni grandes deficiencias nutricionales; la primera molestia siempre fué relacionada con la presencia de un proceso tumoral en el hipocondrio izquierdo, unas veces doloroso y otras no; 4 tenían historia de hematemesis anteriores a su ingreso al Hospital; uno presentó ascitis; dos de ellos tuvieron un antecedente franco de traumatismo en el hipocondrio izquierdo y achacaron al mismo su padecimiento actual; en tres había antecedentes palúdicos; las pruebas de laboratorio demostraron: trastornos funcionales hepáticos serios en dos; anemia de tipo normocítica e hipocrómica en 8 y leucopenia en 9; las cifras de eritrocitos oscilaron entre 1,500,000 y 4,000,000 y la de glóbulos blancos entre 3,000 y 5,000.

Como terapéutica pre-operatoria además de procurar mejorar sus condiciones generales y de instituir un tratamiento para mejorar el funcionamiento hepático en los dos casos en que se encontró un severo ataque a la glándula, hubo otros 2 en los que la terapéutica que se instituyó

previamente, seguramente tuvo que ver con los resultados de la intervención. Uno de ellos fué sometido a radiaciones previas en número de 25, eso hizo que la operación fuera extraordinariamente difícil pues había numerosas adherencias, la mayor parte muy vascularizadas y cuyas hemostasia fue casi imposible; éste enfermo falleció pocas horas después del tucto quirúrgico y la autopsia demostró abundante hemoperitoneo atribuido a que no se pudo controlar la hemorragia de esas adherencias, pues se comprobó que el pedículo estaba bien ligado.

El otro caso fué el de uno de los enfermos que ingresaron con ascitis libre y cuyos análisis demostraron lesiones hepáticas avanzadas. Este paciente fué tratado previamente con ascito-transfusión, según técnica preconizada por Acevedo (16) y fue enviado a nuestro Servicio cuando la ascitis casi había desaparecido. En estas condiciones se practicó la esplenectomía comprobando en ese momento un estado franco de cirrosis hepática. Habiendo tenido un magnífico post-operatorio se regresó al Pab. No. 20 en donde con tratamiento médico se logró que fuera dado de alta en perfectas condiciones 4 meses más tarde. Tiene a la fecha más de un año de operado y su estado es muy satisfactorio; de los 8 casos restantes 6 están bien actualmente, alguno de ellos tiene tres años de operados y en ninguno se ha presentado molestia atribuida a su padecimiento anterior. Uno de los pacientes que había tenido hematemesis profusas y cuyas condiciones eran precarias, tiene a la fecha dos años y medio de operado, es mozo de un médico del hospital General y no ha vuelto a presentar ningún trastorno.

En los últimos pacientes la esplenectomía dió los siguientes resultados: uno de ellos, mujer de 46 años, con antecedentes palúdicos con hematemesis en varias ocasiones y con esplenomegalia, estuvo sometida a tratamiento médico durante 3 meses; para ver si era posible que la esplenomegalia se redujera y sus várices esofágicas (comprobadas por radiografía), dejaran de ser un peligro para su vida. Fue esplenectomizada y éste es el único caso de nuestra serie, en que pudimos sospechar que la causa de la enfermedad fuera una trombosis de la vena esplénica, ya que la encontramos: tortuosa, engrosada y más consistente que lo habitual. Levantada a las 24 horas de la intervención precisamente para evitar la trombosis post-operatoria, presentó 7 días después un cuadro do-

taños de haber sido esplenectomizados, están actualmente haciendo su trabajo habitual. También desde 1946 Flores Espinosa (15), hizo notar algunas características clínicas que se encuentran en estos enfermos, y que pueden servir para aclarar el diagnóstico. Habitualmente se presenta en individuos jóvenes, en los que no hay antecedentes alcohólicos, en los que tampoco se encuentra muy claro el factor nutricional, en los que por último tienen siempre el dato de que la esplenomegalia precede a los síntomas hepáticos, ésto asociado casi siempre con grandes hemorragias sobre todo en forma de hematemesis y con ascitis. Es claro que si a estos datos podemos añadir los que nos dá el examen hematológico, que son casi siempre anemia y leucopenia, tendremos razón para justificar el que en estos pacientes se practique la esplenectomía. Pero también es necesario insistir, que cuando se llegue a un diagnóstico de síndrome de Banti la indicación operatoria debe ser temprana; pues es lógico suponer que cuando hay lesiones muy avanzadas en el hígado, la terapéutica quirúrgica será muy discutible y sus resultados muy poco satisfactorios.

He operado en los últimos tres años, 10 casos etiquetados con la denominación de síndrome de Banti. La edad fluctuó entre los 18 y los 46 años, pero la inmensa mayoría oscilaba entre los 22 y los 32 años. Fueron 4 mujeres y 6 hombres; en ninguno encontramos antecedentes alcohólicos, ni grandes deficiencias nutricionales; la primera molestia siempre fué relacionada con la presencia de un proceso tumoral en el hipocondrio izquierdo, unas veces doloroso y otras no; 4 tenían historia de hematemesis anteriores a su ingreso al Hospital; uno presentó ascitis; dos de ellos tuvieron un antecedente franco de traumatismo en el hipocondrio izquierdo y achacaron al mismo su padecimiento actual; en tres había antecedentes palúdicos; las pruebas de laboratorio demostraron: trastornos funcionales hepáticos serios en dos; anemia de tipo normocítica e hipocrómica en 8 y leucopenia en 9; las cifras de eritrocitos oscilaron entre 1,500,000 y 4,000,000 y la de glóbulos blancos entre 3,000 y 5,000.

Como terapéutica pre-operatoria además de procurar mejorar sus condiciones generales y de instituir un tratamiento para mejorar el funcionamiento hepático en los dos casos en que se encontró un severo ataque a la glándula, hubo otros 2 en los que la terapéutica que se instituyó



previamente, seguramente tuvo que ver con los resultados de la intervención. Uno de ellos fué sometido a radiaciones previas en número de 25, eso hizo que la operación fuera extraordinariamente difícil pues había numerosas adherencias, la mayor parte muy vascularizadas y cuyas hemostasia fue casi imposible; éste enfermo falleció pocas horas después del tucto quirúrgico y la autopsia demostró abundante hemoperitoneo atribuido a que no se pudo controlar la hemorragia de esas adherencias, pues se comprobó que el pedículo estaba bien ligado.

El otro caso fué el de uno de los enfermos que ingresaron con ascitis libre y cuyos análisis demostraron lesiones hepáticas avanzadas. Este paciente fué tratado previamente con ascito-transfusión, según técnica preconizada por Acevedo (16) y fue enviado a nuestro Servicio cuando la ascitis casi había desaparecido. En estas condiciones se practicó la esplenectomía comprobando en ese momento un estado franco de cirrosis hepática. Habiendo tenido un magnífico post-operatorio se regresó al Pab. No. 20 en donde con tratamiento médico se logró que fuera dado de alta en perfectas condiciones 4 meses más tarde. Tiene a la fecha más de un año de operado y su estado es muy satisfactorio; de los 8 casos restantes 6 están bien actualmente, alguno de ellos tiene tres años de operados y en ninguno se ha presentado molestia atribuida a su padecimiento anterior. Uno de los pacientes que había tenido hematemesis profusas y cuyas condiciones eran precarias, tiene a la fecha dos años y medio de operado, es mozo de un médico del hospital General y no ha vuelto a presentar ningún trastorno.

En los últimos pacientes la esplenectomía dió los siguientes resultados: uno de ellos, mujer de 46 años, con antecedentes palúdicos con hematemesis en varias ocasiones y con esplenomegalia, estuvo sometida a tratamiento médico durante 3 meses; para ver si era posible que la esplenomegalia se redujera y sus várices esofágicas (comprobadas por radiografía), dejaran de ser un peligro para su vida. Fue esplenectomizada y éste es el único caso de nuestra serie, en que pudimos sospechar que la causa de la enfermedad fuera una trombosis de la vena esplénica, ya que la encontramos: tortuosa, engrosada y más consistente que lo habitual. Levantada a las 24 horas de la intervención precisamente para evitar la trombosis post-operatoria, presentó 7 días después un cuadro do-

loroso del abdomen que no fue lo suficientemente claro para poder hacer un diagnóstico preciso, falleciendo 48 horas después por colápsos circulatorio. La autopsia demostró una trombosis de las mesentéricas con gangrena de todo el intestino delgado. Creo sinceramente que en éste caso quizá hubiera sido mejor hacer una anastomosis porto-cava a la Blakmore que la esplenectomía practicada; y que quizá cuidadoso post-operatorio, difícil por otra parte en nuestro medio hospitalario (investigación repetida de número de plaquetas, tiempo de coagulación de sangrado y la administración correcta de heparina y dicumarol), hubieran podido salvarla.

El último caso es el siguiente: enfermo de 26 años con antecedentes de hematemesis, esplenomegalia y mal del Pinto, ingresa al Pab. No. 20, en agosto 1946 en donde además le encuentran ascitis libre. Todas las pruebas para investigar el funcionamiento hepático demostraron un profundo ataque del mismo. Estuvo internado cerca de un año y sometido a tratamiento médico, al cabo del cual y en vista de que la esplenomegalia no regresaba, fué enviado al Pab. No. 3 para ser operado. La intervención se practicó en octubre de 1947, habiendo encontrado un bazo muy voluminoso con numerosas adherencias y el hígado francamente cirrótico. Este enfermo tuvo una supervivencia de un año en relativas buenas condiciones, al fin del cual murió, siendo la causa, repetidas y abundantes hematemesis.

En éste caso también pensamos que quizá se hubiera podido salvar, si la operación se hace en un tiempo más oportuno ya que hubo tiempo de sobra para que las lesiones hepáticas se agravaran siendo prácticamente irreversibles.

A pesar de los tres fracasos señalados y cuyas causas he pretendido explicar, sigo pensando que casos bien seleccionados enviados oportunamente al cirujano y éste con una mayor experiencia son susceptibles de curación. Las estadísticas americanas referentes a la mortalidad en pacientes de este tipo, son muy variadas, ya que mientras algunas dan solamente un 5%, otros se elevan hasta un 30%. Estas divergencias tan grandes, se deben a que son tomadas de Hospitales Generales en los que como dice Singleton (17) hay un número grande de casos avanzados que requieren esplenectomía, siendo enfermos con mucho riesgo quirúrgico y por tanto expuestos a no resistir el acto operatorio.

Es también muy importante saber en cuales casos está indicado hacer una anastomosis veno-venosa en lugar de una esplenectomía; aunque no hemos tenido oportunidad de llevarla a cabo, creo que las indicaciones que da Blakemore (18) son suficientemente claras a éste respecto. Siempre que en el momento operatorio, se compruebe por medio del manómetro que la presión de la vena coronaria gástrica está muy elevada, lo que indica que se vacía en un punto situado distalmente a la oclusión de la porta, está justificado hacer la anastomosis porto-cava, que es hasta estos momentos lo único que garantiza el evitar la recidiva de las hematemesis tan temidas y tan temibles. Pues los procedimientos mencionados por Branco Ribeiro (19): parafinización de las arterias que forman el grupo de los vasos cortos, ligadura e inyección de 10 c.c. de morruato de sodio en la vena coronaria y el más radical de hacer una amplia gastrectomía, nos parecen poco prácticos y sin mucha utilidad.

En vista de no tener otro caso me voy a permitir enumerar las otras condiciones patológicas en las que está indicada la esplenectomía.

Tomando en cuenta lo que se ha expuesto, se considera que está indicada en los casos en los que en una u otra forma están dentro del cuadro de hiperesplenismo. Por ejemplo: si la hiperfunción del bazo se traduce por la destrucción exagerada de todos los elementos de la sangre, se producirá una panhematocitopenia y si ésta es primaria y no secundaria a algún otro padecimiento, estará justificado llevarla a cabo. Consideremos que ésta condición es extraordinariamente rara.

Si la hiperfunción se traduce por la destrucción exagerada de neutrófilos, existirá un síndrome descrito en 1939 por Wisman y Doan, que se conoce por el nombre de neutropenia esplénica. Está caracterizado por una profunda neutropenia, panhiperplasia de la médula ósea y esplenomegalia. Cuando el estudio muy meticuloso de la sangre y del mielograma sean suficientemente demostrativos, la esplenectomía parece que es de resultados tan efectivos como en la enfermedad de Minkowsky-Chauffard.

Se ha mencionado también que está indicada en el síndrome de Felty, cuyos síntomas son poliartritis, fiebre anemia, leucopenia, esplenomegalia y taquicardia. Fue descrito por Felty en 1924 y según Steinberg (20), la esplenectomía debe ser practicada solamente cuando han fallado todos

loroso del abdomen que no fue lo suficientemente claro para poder hacer un diagnóstico preciso, falleciendo 48 horas después por colápsos circulatorio. La autopsia demostró una trombosis de las mesentéricas con gangrena de todo el intestino delgado. Creo sinceramente que en éste caso quizá hubiera sido mejor hacer una anastomosis porto-cava a la Blakmore que la esplenectomía practicada; y que quizá cuidadoso post-operatorio, difícil por otra parte en nuestro medio hospitalario (investigación repetida de número de plaquetas, tiempo de coagulación de sangrado y la administración correcta de heparina y dicumarol), hubieran podido salvarla.

El último caso es el siguiente: enfermo de 26 años con antecedentes de hematemesis, esplenomegalia y mal del Pinto, ingresa al Pab. No. 20, en agosto 1946 en donde además le encuentran ascitis libre. Todas las pruebas para investigar el funcionamiento hepático demostraron un profundo ataque del mismo. Estuvo internado cerca de un año y sometido a tratamiento médico, al cabo del cual y en vista de que la esplenomegalia no regresaba, fué enviado al Pab. No. 3 para ser operado. La intervención se practicó en octubre de 1947, habiendo encontrado un bazo muy voluminoso con numerosas adherencias y el hígado francamente cirrótico. Este enfermo tuvo una supervivencia de un año en relativas buenas condiciones, al fin del cual murió, siendo la causa, repetidas y abundantes hematemesis.

En éste caso también pensamos que quizá se hubiera podido salvar, si la operación se hace en un tiempo más oportuno ya que hubo tiempo de sobra para que las lesiones hepáticas se agravaran siendo prácticamente irreversibles.

A pesar de los tres fracasos señalados y cuyas causas he pretendido explicar, sigo pensando que casos bien seleccionados enviados oportunamente al cirujano y éste con una mayor experiencia son susceptibles de curación. Las estadísticas americanas referentes a la mortalidad en pacientes de este tipo, son muy variadas, ya que mientras algunas dan solamente un 5%, otros se elevan hasta un 30%. Estas divergencias tan grandes, se deben a que son tomadas de Hospitales Generales en los que como dice Singleton (17) hay un número grande de casos avanzados que requieren esplenectomía, siendo enfermos con mucho riesgo quirúrgico y por tanto expuestos a no resistir el acto operatorio.

Es también muy importante saber en cuales casos está indicado hacer una anastomosis veno-venosa en lugar de una esplenectomía; aunque no hemos tenido oportunidad de llevarla a cabo, creo que las indicaciones que da Blakemore (18) son suficientemente claras a éste respecto. Siempre que en el momento operatorio, se compruebe por medio del manómetro que la presión de la vena coronaria gástrica está muy elevada, lo que indica que se vacía en un punto situado distalmente a la oclusión de la porta, está justificado hacer la anastomosis porto-cava, que es hasta estos momentos lo único que garantiza el evitar la recidiva de las hematemesis tan temidas y tan temibles. Pues los procedimientos mencionados por Branco Ribeiro (19): parafinización de las arterias que forman el grupo de los vasos cortos, ligadura e inyección de 10 c.c. de morruato de sodio en la vena coronaria y el más radical de hacer una amplia gastrectomía, nos parecen poco prácticos y sin mucha utilidad.

En vista de no tener otro caso me voy a permitir enumerar las otras condiciones patológicas en las que está indicada la esplenectomía.

Tomando en cuenta lo que se ha expuesto, se considera que está indicada en los casos en los que en una u otra forma están dentro del cuadro de hiperesplenismo. Por ejemplo: si la hiperfunción del bazo se traduce por la destrucción exagerada de todos los elementos de la sangre, se producirá una panhematocitopenia y si ésta es primaria y no secundaria a algún otro padecimiento, estará justificado llevarla a cabo. Consideremos que ésta condición es extraordinariamente rara.

Si la hiperfunción se traduce por la destrucción exagerada de neutrófilos, existirá un síndrome descrito en 1939 por Wisman y Doan, que se conoce por el nombre de neutropenia esplénica. Está caracterizado por una profunda neutropenia, panhiperplasia de la médula ósea y esplenomegalia. Cuando el estudio muy meticuloso de la sangre y del mielograma sean suficientemente demostrativos, la esplenectomía parece que es de resultados tan efectivos como en la enfermedad de Minkowsky-Chauffard.

Se ha mencionado también que está indicada en el síndrome de Felty, cuyos síntomas son poliartritis, fiebre anemia, leucopenia, esplenomegalia y taquicardia. Fue descrito por Felty en 1924 y según Steinberg (20), la esplenectomía debe ser practicada solamente cuando han fallado todos

los métodos conservadores; siendo su resultado efectivo únicamente sobre el estado general, ya que la anemia y la leucopenia se corrigen; pero no tiene ningún efecto sobre los fenómenos artríticos.

Es natural que también esté indicada en las rupturas traumáticas o no del órgano, lo mismo que en las torsiones de su pedículo.

Como resultado de las investigaciones de otros autores, se ha hecho un cuadro en el que se sintetizan la indicaciones y las contraindicaciones y se ha hecho una división en tres grupos:

a) Condiciones en las que la esplenectomía tiene un valor efectivo: ruptura del bazo, traumática o no; anomalías de posición y accidentes mecánicos; abscesos (ciertos casos); quistes y hemangiomas; neoplasmas; aneurismas de la arteria esplénica; bazo grande que provoque molestias mecánicas, siempre que no esté contraindicada la esplenectomía; síndrome de Banti; ictericia hemolítica familiar; púrpura trombocitopénica; neutropenia crónica.

b) Condiciones en las que la esplenectomía puede tener algún valor: enfermedad de Gaucher; anemia eritroblástica (Cosley, Van Jansch); anemia de células falciformes; cirrosis del hígado con esplenomegalia; tuberculosis.

c) Condiciones en las que la esplenectomía está contraindicada: sífilis; amiloidosis; Kala-azar; paludismo; policitemia vera; leucemias; enfermedad de Hodgkin; hemocromatosis.

En realidad, podemos decir que estamos de acuerdo en considerar que el primer grupo sea el único que tenga valor con respecto a las indicaciones. Con relación al segundo grupo, consideramos que solamente en condiciones muy especiales, cuando haya hiperesplenismo, podemos practicarla con ciertos resultados favorables. El tercer grupo, ni lo tratamos pues estamos de acuerdo en que todos esos casos, la esplenectomía no tiene ningún valor.

Resumiendo nuestra modesta experiencia, podemos decir: que en realidad todo el interés que pueda tener este trabajo, radica en torno de los resultados obtenidos en los casos que fueron esplenectomizados por síndrome de Banti. Hay una aparente disparidad de criterio, entre considerar la esplenectomía como de resultados favorables como lo hemos sostenido, y el concepto de la escuela americana con Whipple y Roussetlot a la cabeza, de pensar que todo el problema radica en la congestión



## LA ESPLENECTOMÍA

pasiva del bazo distendido por sangre venosa y secundario a una obstrucción del sistema portal. Creo que esto se deba a que nosotros pensamos que sin negar el valor que puedan tener éstas obstrucciones venosas y sin negar, tampoco, que en muchas ocasiones la esplenectomía sola no baste para evitar las hematemesis por várices esofágicas, consideramos que pueden haber circunstancias, en las que por causas hasta ahora desconocidas, el principio del padecimiento sea de punto de partida precisamente en el bazo y secundariamente a él todo el cortejo de síntomas que forman el síndrome. La solución de este problema etio-patogénico y por ende, terapéutico, no es posible que lo pueda resolver por ahora: creo que únicamente una observación mayor de casos, una vigilancia estricta de los esplenectomizados por muchos años y una mayor experiencia quirúrgica, podrán darnos datos suficientes en el futuro para inclinarnos en uno o en otro sentido.

Como consecuencia directa de esta situación, abogamos porque en los Hospitales de tipo general, haya un Servicio especializado para el estudio de estos enfermos, en el que trabajo coordinado de internistas, hematólogos y cirujanos ayuden de una manera efectiva a la solución de este problema que nos parece capital, para que el diagnóstico y los cuidados pre y post-operatorios sean llevados con el máximo de eficacia y así se pueda presentar una mejor y más numerosa estadística.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1).—Marchal G.: les Splénomégales et leurs Traitements. La Semaine des Hopitaux, 47:2017 (junio) 1949.
- (2).—Latten, W.: Is removal of a Healthy Spleen Indifferent for Man? A Contribution to the Problem of Changes in Immunity after Splenectomy. Münchner medizinische Wochenschrift, 89:517 (May 2) 1941.
- (3).—Citados por Latten.
- (4).—Bergstrom M. D.: Carleson R.: Hypersplenism in a Patient with Lymphogranuloma benignum. Acta Chirurgica Scandinavica XCVIII 366-376 1949.
- (5).—Cole H. Warren, Leroy Walter and Louis R. Limarzi.: Indications and results of Splenectomy. Annals of Surgery, 129:702 (mayo) 1949.

los métodos conservadores; siendo su resultado efectivo únicamente sobre el estado general, ya que la anemia y la leucopenia se corrigen; pero no tiene ningún efecto sobre los fenómenos artríticos.

Es natural que también esté indicada en las rupturas traumáticas o no del órgano, lo mismo que en las torsiones de su pedículo.

Como resultado de las investigaciones de otros autores, se ha hecho un cuadro en el que se sintetizan la indicaciones y las contraindicaciones y se ha hecho una división en tres grupos:

a) Condiciones en las que la esplenectomía tiene un valor efectivo: ruptura del bazo, traumática o no; anomalías de posición y accidentes mecánicos; abscesos (ciertos casos); quistes y hemangiomas; neoplasmas; aneurismas de la arteria esplénica; bazo grande que provoque molestias mecánicas, siempre que no esté contraindicada la esplenectomía; síndrome de Banti; ictericia hemolítica familiar; púrpura trombocitopénica; neutropenia crónica.

b) Condiciones en las que la esplenectomía puede tener algún valor: enfermedad de Gaucher; anemia eritroblástica (Cosley, Van Jansch); anemia de células falciformes; cirrosis del hígado con esplenomegalia; tuberculosis.

c) Condiciones en las que la esplenectomía está contraindicada: sífilis; amiloidosis; Kala-azar; paludismo; policitemia vera; leucemias; enfermedad de Hodgkin; hemocromatosis.

En realidad, podemos decir que estamos de acuerdo en considerar que el primer grupo sea el único que tenga valor con respecto a las indicaciones. Con relación al segundo grupo, consideramos que solamente en condiciones muy especiales, cuando haya hiperesplenismo, podemos practicarla con ciertos resultados favorables. El tercer grupo, ni lo tratamos pues estamos de acuerdo en que todos esos casos, la esplenectomía no tiene ningún valor.

Resumiendo nuestra modesta experiencia, podemos decir: que en realidad todo el interés que pueda tener este trabajo, radica en torno de los resultados obtenidos en los casos que fueron esplenectomizados por síndrome de Banti. Hay una aparente disparidad de criterio, entre considerar la esplenectomía como de resultados favorables como lo hemos sostenido, y el concepto de la escuela americana con Whipple y Roussetlot a la cabeza, de pensar que todo el problema radica en la congestión

## LA ESPLENECTOMÍA

pasiva del bazo distendido por sangre venosa y secundario a una obstrucción del sistema portal. Creo que esto se deba a que nosotros pensamos que sin negar el valor que puedan tener éstas obstrucciones venosas y sin negar, tampoco, que en muchas ocasiones la esplenectomía sola no baste para evitar las hematemesis por várices esofágicas, consideramos que pueden haber circunstancias, en las que por causas hasta ahora desconocidas, el principio del padecimiento sea de punto de partida precisamente en el bazo y secundariamente a él todo el cortejo de síntomas que forman el síndrome. La solución de este problema etio-patogénico y por ende, terapéutico, no es posible que lo pueda resolver por ahora: creo que únicamente una observación mayor de casos, una vigilancia estricta de los esplenectomizados por muchos años y una mayor experiencia quirúrgica, podrán darnos datos suficientes en el futuro para inclinarnos en uno o en otro sentido.

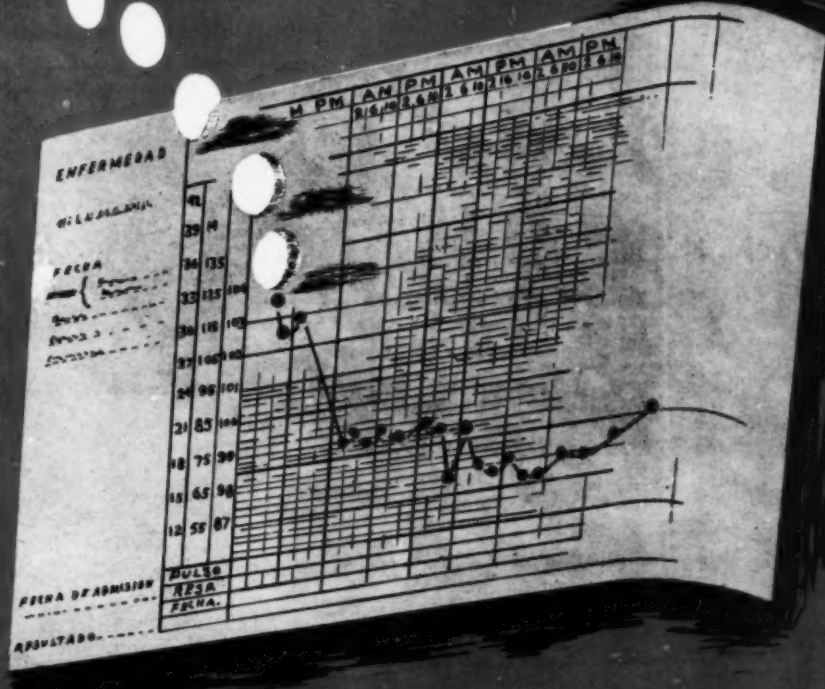
Como consecuencia directa de esta situación, abogamos porque en los Hospitales de tipo general, haya un Servicio especializado para el estudio de estos enfermos, en el que trabajo coordinado de internistas, hematólogos y cirujanos ayuden de una manera efectiva a la solución de este problema que nos parece capital, para que el diagnóstico y los cuidados pre y post-operatorios sean llevados con el máximo de eficacia y así se pueda presentar una mejor y más numerosa estadística.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1).—Marchal G.: les Splénomégales et leurs Traitements. La Semaine des Hopitaux, 47:2017 (junio) 1949.
- (2).—Latten, W.: Is removal of a Healthy Spleen Indifferent for Man? A Contribution to the Problem of Changes in Immunity after Splenectomy. Münchner medizinische Wochenschrift, 89:517 (May 2) 1941.
- (3).—Citados por Latten.
- (4).—Bergstrom M. D.: Carleson R.: Hypersplenism in a Patient with Lymphogranuloma benignum. Acta Chirurgica Scandinavica XCVIII 366-376 1949.
- (5).—Cole H. Warren, Leroy Walter and Louis R. Limarzi.: Indications and results of Splenectomy. Annals of Surgery, 129:702 (mayo) 1949.

DR. FLORES ESPINOSA

- (6).—Treño Norberto. Trabajo leído en la Sociedad Médica del Hospital General: (febrero) 1949.
- (7).—Citado por Marchal (cita 1).
- (8).—White Oscar: Surgery of the Spleen, Journal of the Oklahoma State Medical Association, 38:53 (February) 1945.
- (9).—Curtis, George M.: The Rationale of Splenectomy in the Treatment of Certain Anemias, Southern Surgeon, 9:249 (April) 1940.
- (10).—Cita anterior.
- (11).—Cita 5.
- (12).—Cole, Warren, H.: Surgical Aspects of Splenic Disease, The Surgical Clinics of North America, 29:1435 (October) 1949.
- (13).—Mussey, A. M.: Banti's Disease (Possible Relationship to Rh Factor), British Medical Journal, 414:416 (Agosto) 1949.
- (14).—Flores Espinosa Jorge, Acevedo Olvera Alfonso, Treño Z.—Norberto Tratamiento de la Cirrosis Hepática, Hígado y Bazo, 21:86 (abril) 1949.
- (15).—Flores Espinosa Jorge, Síndromes Hepatorrenales, Rev. Med. Hospital General, Vol. VIII: 710 (mayo) 1946.
- (16).—Acevedo Olvera Alfonso, Transfusión Directa Abdomino-venosa de Líquido Ascítico en las Cirrosis Hepato-esplénicas, Rev. Med. Hospital General, VIII: 1004 (Agosto) 1946.
- (17).—Singleton Albert O. Splenectomy, Annals of Surgery, 115:816 (may) 1942.
- (18).—Blokemore, A. H.: Indication for Portocaval Anastomosis Analysis of cases Surg. Gynec. & Obst. 84:645, 1947.
- (19).—Branco Ribeiro, Eurico.: Aspects of Spleen Surgery, Boletim do Sanatório São Lucas, 8: 59 (octubre) 1946.
- (20).—Steinberg, Charles LeRoy: The value of Splenectomy in Felty's Syndrome, Annals of Internal Medicine, 17:26 (july) 1942.



# EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES BACTERIANAS



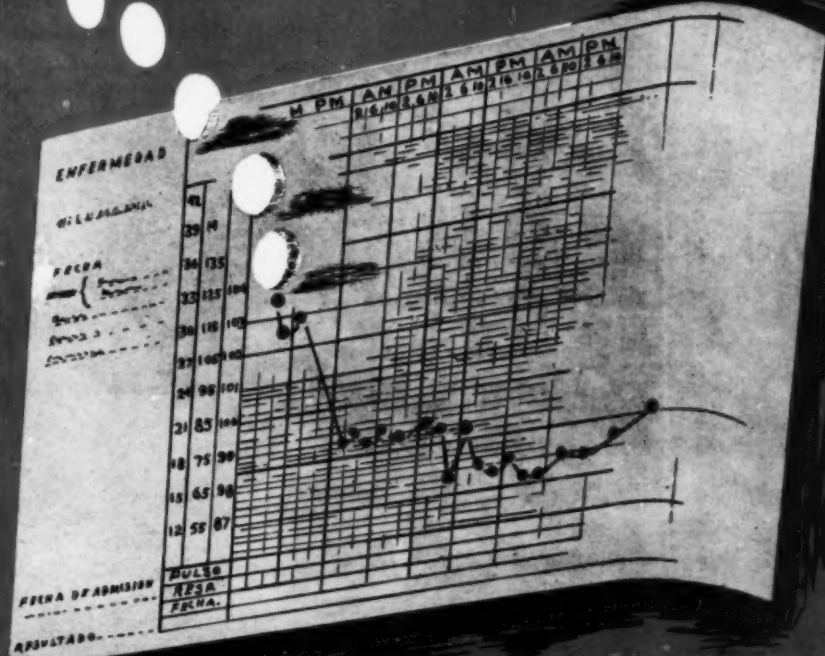
UN PRODUCTO DE LA IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD., ENGLAND

DR. FLORES ESPINOSA

- (6).—Treño Norberto. Trabajo leído en la Sociedad Médica del Hospital General: (febrero) 1949.
- (7).—Citado por Marchal (cita 1).
- (8).—White Oscar: Surgery of the Spleen, Journal of the Oklahoma State Medical Association, 38:53 (February) 1945.
- (9).—Curtis, George M.: The Rationale of Splenectomy in the Treatment of Certain Anemias, Southern Surgeon, 9:249 (April) 1940.
- (10).—Cita anterior.
- (11).—Cita 5.
- (12).—Cole, Warren, H.: Surgical Aspects of Splenic Disease, The Surgical Clinics of North America, 29:1435 (October) 1949.
- (13).—Mussey, A. M.: Banti's Disease (Possible Relationship to Rh Factor), British Medical Journal, 414:416 (Agosto) 1949.
- (14).—Flores Espinosa Jorge, Acevedo Olvera Alfonso, Treño Z.—Norberto Tratamiento de la Cirrosis Hepática, Hígado y Bazo, 21:86 (abril) 1949.
- (15).—Flores Espinosa Jorge, Síndromes Hepatorrenales, Rev. Med. Hospital General, Vol. VIII: 710 (mayo) 1946.
- (16).—Acevedo Olvera Alfonso, Transfusión Directa Abdomino-venosa de Líquido Ascítico en las Cirrosis Hepato-esplénicas, Rev. Med. Hospital General, VIII: 1004 (Agosto) 1946.
- (17).—Singleton Albert O. Splenectomy, Annals of Surgery, 115:816 (may) 1942.
- (18).—Blokemore, A. H.: Indication for Portocaval Anastomosis Analysis of cases Surg. Gynec. & Obst. 84:645, 1947.
- (19).—Branco Ribeiro, Eurico.: Aspects of Spleen Surgery, Boletim do Sanatório São Lucas, 8: 59 (octubre) 1946.
- (20).—Steinberg, Charles LeRoy: The value of Splenectomy in Felty's Syndrome, Annals of Internal Medicine, 17:26 (july) 1942.



# "SULPHAMEZATHINE"



*EN EL TRATAMIENTO DE  
INFECCIONES BACTERIANAS*



UN PRODUCTO DE LA IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD., ENGLAND

# SULPHAMEZATHINE

Reg. No. 31614 S. S. A.

## LA SULFONAMIDA DE ELECCION

La "Sulphamezathine" elaborada por la Imperial Chemical (Pharmaceuticals) Ltd., Inglaterra, proporciona al doctor el medio para usar la sulfamidoterapia sin riesgo de síntomas tóxicos peligrosos.

- La "Sulphamezathine" es efectiva en una gran variedad de infecciones bacterianas: neumonía, estreptococia hemolítica, meningitis, afecciones urinarias, disentería bacilar, etc.
- La "Sulphamezathine" se absorbe rápidamente dando una alta concentración en la sangre en el menor tiempo.
- La "Sulphamezathine" es excretada lentamente, requiriéndose únicamente dosis cada 6 horas para mantener niveles adecuados en la sangre.
- La "Sulphamezathine" es la menos tóxica de las sulfas. Su alta solubilidad hace que casi no existan riesgos de complicación urinaria y los otros síntomas molestos son raros.

Es bien tolerada por el paciente de cualquier edad y es particularmente conveniente para los niños pequeños y ancianos.

### PRESENTACION

Sulphamezathine Tabletas de 0.5 g. en frascos de 20 y 500.  
Sulphamezathine Ampolletas de 1.0 g. en cajas de 5 y 25.  
Sulphamezathine Ampolletas de 3.0 g. en cajas de 5.  
Sulphamezathine Suspensión Oral en frascos de 100 cm<sup>3</sup>. y 500 cm<sup>3</sup>.  
Sulphamezathine (polvo estéril) con Penicilina, en frascos de 25 gm.

FABRICADO POR:

IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD.  
INGLATERRA

DISTRIBUIDO POR:

CARLOS GROSSMAN, S. A.

SADI CARNOT 86

MEXICO, D. F.

UN PRODUCTO DE LA IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD., ENGLAND

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS.

REG. PROP. NO. A-6 - S.S.

COMENTARIO

*Por el Dr. Enrique de la P ña.*

Es en verdad apasionante el tema escogido por el Sr. Dr. ENRIQUE FLORES ESPINOSA en su comunicación de ingreso a la Academia Mexicana de Cirugía.

El método y la claridad en sus conceptos, casi como la presentación de sus interesantes casos que revelan años de esfuerzos continuos dentro de rígidas disciplinas científicas, a pesar de las limitaciones de nuestro medio, y todo ello expuesto con rara honestidad científica, son valiosos elementos que realzan el interés de su trabajo.

Es indudable que las indicaciones de la esplenectomía han ido variando con sus resultados, con nuestros cada vez mejores y más amplios conocimientos sobre su anatomía y fisiología tanto normales como patológicas, la mejor comprensión de las entidades nosológicas que afectan este órgano así como las estrechas relaciones que guarda con los elementos hemáticos, el hígado y el sistema porta.

Dada la complejidad de sus funciones Damesheck (1) las resume considerándolas como parte del Sistema Reticulo-Endotelial, como órgano linfático y como receptáculo contráctil de sangre porta.

Como parte importante del Sistema Reticulo-Endotelial fagocita glóbulos rojos caducos o frágiles, pero no a los normales. Best y Taylor (2) dicen gráficamente que el bazo es el panteón de los glóbulos rojos, no la casa de matanza. Secundariamente forma gran cantidad de bilirrubina y almacena hierro regulando su metabolismo. Destruye trombocitos que posiblemente sean también caducos o frágiles y que su nivel sanguíneo sea balanceado como el fenómeno eritropoyético, o bien que una hormona esplénica (3) impida la maduración de los megacariocitos. Tiene acción protectora contra toxinas, bacterias, parásitos, etc., que dependen de las fracciones globulinicas, formando anticuerpos y de la fagocitosis. Además puede almacenar lípidos en grandes cantidades en ciertos trastornos metabólicos.

Como órgano linfático es la fuente principal de los linfocitos circulan-

# SULPHAMEZATHINE

Reg. No. 31614 S. S. A.

## LA SULFONAMIDA DE ELECCION

La "Sulphamezathine" elaborada por la Imperial Chemical (Pharmaceuticals) Ltd., Inglaterra, proporciona al doctor el medio para usar la sulfamidoterapia sin riesgo de síntomas tóxicos peligrosos.

- La "Sulphamezathine" es efectiva en una gran variedad de infecciones bacterianas: neumonía, estreptococia hemolítica, meningitis, afecciones urinarias, disentería bacilar, etc.
- La "Sulphamezathine" se absorbe rápidamente dando una alta concentración en la sangre en el menor tiempo.
- La "Sulphamezathine" es excretada lentamente, requiriéndose únicamente dosis cada 6 horas para mantener niveles adecuados en la sangre.
- La "Sulphamezathine" es la menos tóxica de las sulfas. Su alta solubilidad hace que casi no existan riesgos de complicación urinaria y los otros síntomas molestos son raros.

Es bien tolerada por el paciente de cualquier edad y es particularmente conveniente para los niños pequeños y ancianos.

### PRESENTACION

Sulphamezathine Tabletas de 0.5 g. en frascos de 20 y 500.  
Sulphamezathine Ampolletas de 1.0 g. en cajas de 5 y 25.  
Sulphamezathine Ampolletas de 3.0 g. en cajas de 5.  
Sulphamezathine Suspensión Oral en frascos de 100 cm<sup>3</sup>. y 500 cm<sup>3</sup>.  
Sulphamezathine (polvo estéril) con Penicilina, en frascos de 25 gm.

FABRICADO POR:

IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD.  
INGLATERRA

DISTRIBUIDO POR:

CARLOS GROSSMAN, S. A.

SADI CARNOT 86

MEXICO, D. F.

UN PRODUCTO DE LA IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD., ENGLAND

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS.

REG. PROP. NO. A-6 - S.S.

COMENTARIO

*Por el Dr. Enrique de la P ña.*

Es en verdad apasionante el tema escogido por el Sr. Dr. ENRIQUE FLORES ESPINOSA en su comunicación de ingreso a la Academia Mexicana de Cirugía.

El método y la claridad en sus conceptos, casi como la presentación de sus interesantes casos que revelan años de esfuerzos continuos dentro de rígidas disciplinas científicas, a pesar de las limitaciones de nuestro medio, y todo ello expuesto con rara honestidad científica, son valiosos elementos que realzan el interés de su trabajo.

Es indudable que las indicaciones de la esplenectomía han ido variando con sus resultados, con nuestros cada vez mejores y más amplios conocimientos sobre su anatomía y fisiología tanto normales como patológicas, la mejor comprensión de las entidades nosológicas que afectan este órgano así como las estrechas relaciones que guarda con los elementos hemáticos, el hígado y el sistema porta.

Dada la complejidad de sus funciones Damesheck (1) las resume considerándolas como parte del Sistema Reticulo-Endotelial, como órgano linfático y como receptáculo contráctil de sangre porta.

Como parte importante del Sistema Reticulo-Endotelial fagocita glóbulos rojos caducos o frágiles, pero no a los normales. Best y Taylor (2) dicen gráficamente que el bazo es el panteón de los glóbulos rojos, no la casa de matanza. Secundariamente forma gran cantidad de bilirrubina y almacena hierro regulando su metabolismo. Destruye trombocitos que posiblemente sean también caducos o frágiles y que su nivel sanguíneo sea balanceado como el fenómeno eritropoyético, o bien que una hormona esplénica (3) impida la maduración de los megacariocitos. Tiene acción protectora contra toxinas, bacterias, parásitos, etc., que dependen de las fracciones globulinicas, formando anticuerpos y de la fagocitosis. Además puede almacenar lípidos en grandes cantidades en ciertos trastornos metabólicos.

Como órgano linfático es la fuente principal de los linfocitos circulan-

tes pudiendo, en caso de necesidad, reasumir sus funciones hematopoyéticas embrionarias.

Como órgano circulatorio almacena una cantidad de sangre tal que en un momento dado puede aumentar el volumen total de sangre circulante hasta un 20% (4) y la cuenta de glóbulos rojos en 25% (5) en estudios experimentales. La sangre almacenada en el bazo presenta concentración de hematíes de casi el doble de lo normal y más frágiles que los de la circulación general (4). El hecho de que en los esplenectomizados la fragilidad globular a las soluciones hipotónicas disminuya y que no se inmunicen a la toxina tetánica se debe, probablemente, a la no formación de ciertas fracciones proteínicas que intervienen en la formación de anticuerpos, así como de hemolisinas que preparen al glóbulo rojo en general disminuyendo su resistencia y al hematíe esplénico en particular para ser fagocitados. Estos posiblemente corresponda a la lisolecitina de Berghem y Fahraeus (6).

Es ya un hecho indudable la relación estrecha entre la médula ósea y el bazo, probablemente por medio de hormonas esplénicas cuidadosamente balanceadas, no únicamente inhibitorias, como se demuestra con la esplenectomía en bazo sano, pues se obtiene en respuesta hiperleucocitosis y aumento de las plaquetas por una parte, y anemia por la otra.

Los resultados que debemos esperar en la extirpación de bazo normal, se derivan de lo expuesto anteriormente y han sido señalados por Nash (4) en la siguiente forma: anemia moderada que se acentúa a las seis semanas para desaparecer en pocos meses, disminución de la fragilidad globular, leucocitosis polinuclear principalmente, de 20,000 a 40,000 en las primeras 24 horas para desaparecer en meses, aumento temporal en el número de plaquetas, hipertrofia de los ganglios linfáticos, hiperhemía e hiperplasia de la médula ósea, hiperplasia del timo, aumento en la eliminación del hierro, en ocasiones hematemesis inmediata post-operatoria y a veces trombosis fatales post-operatorias de la esplénica y de la porta sobre todo en esplenectomías en pacientes con cuentas de plaquetas normales o cercanas a la normalidad.

Aun cuando dentro de estos fenómenos debemos esperar también una disminución general de la resistencia del individuo que ponga en peligro su vida, las estadísticas no revelan disminución de la vitalidad ni de



# LA ESPLENECTOMÍA

la longevidad de estos pacientes, salvo raras excepciones como las citadas por el Dr. Flores Espinoza.

En las rupturas esplénicas, espontáneas o provocadas, la esplenectomía es la única medida terapéutica que resuelve satisfactoriamente el problema salvando la vida del enfermo, ninguna otra medida menos radical que ésta es segura. En el Hospital Central Militar se han hecho cinco esplenectomías por ruptura provocada en el lapso comprendido entre el mes de Diciembre de 1948 y la fecha actual. Tres de ellos, con expedientes números 41,883; 43,084 y 43826, ingresaron con cuadro de vientre agudo, en el primero no se hizo diagnóstico, en los dos restantes sí. Los tres fueron intervenidos oportunamente con resultados absolutamente satisfactorios, evolucionando sin incidentes ni accidentes. En diciembre de 1948, al hacer gastrectomía y vagotomía al enfermo con expediente 34,695 se laceró el bazo siendo necesaria su extirpación, su evolución no tuvo contratiempos. El día 14 del mes en curso el enfermo M. C., Expediente 41,605, que actualmente ocupa la cama núm. 4 de la Sala de Gastro Sur, fué llevado a la sala de Operaciones para practicársele gastrectomía subtotal y sección del neumogástrico izquierdo, se hizo tracción indebida hacia abajo, en lugar de hacerla hacia la izquierda, del estómago para poner tensa la zona esófago-gástrica, produciéndose desgarramiento del bazo con la consiguiente hemorragia y estado de shock, se pusieron algunos puntos de sutura y se cohibió momentáneamente; a los 15 minutos nueva hemorragia, más puntos de sutura sosteniendo oxycell y gelfcam conteniéndose de nuevo. A los pocos minutos nueva hemorragia, esta vez más profusa con shock profundo decidiendo quitar el bazo ante la inutilidad de todas las medidas tomadas y el grave riesgo del paciente. Se transfundieron tres y medio litros de sangre en las tres horas que duró la intervención. La glucosa, cloruros, urea, proteínas y reserva alcalina han sido mantenidos bajo control. Las biometrías hemáticas han dado los siguientes datos:

				L	U	M	E	B	N	M	J	St.	Seg.	Plaquetas
III-15-50:	E:	5.4	16	49,6	26	0	0	0	74	0	0	4	70	810.000
III-17-50:		5.1	15	25,4	6	0	0	0	94	0	0	3	91	
III-19-50:		5.	15	7,4	39	8				53		3	53	
III-21-50:		5.5	16	9,5	37	2	3			58			58	
III-23-50:		5.2	13	7,2	28	1				71		2	69	590.000

tes pudiendo, en caso de necesidad, reasumir sus funciones hematopoyéticas embrionarias.

Como órgano circulatorio almacena una cantidad de sangre tal que en un momento dado puede aumentar el volumen total de sangre circulante hasta un 20% (4) y la cuenta de glóbulos rojos en 25% (5) en estudios experimentales. La sangre almacenada en el bazo presenta concentración de hematíes de casi el doble de lo normal y más frágiles que los de la circulación general (4). El hecho de que en los esplenectomizados la fragilidad globular a las soluciones hipotónicas disminuya y que no se inmunicen a la toxina tetánica se debe, probablemente, a la no formación de ciertas fracciones proteínicas que intervienen en la formación de anticuerpos, así como de hemolisinas que preparen al glóbulo rojo en general disminuyendo su resistencia y al hematíe esplénico en particular para ser fagocitados. Estos posiblemente corresponda a la lisolecitina de Berghem y Fahraeus (6).

Es ya un hecho indudable la relación estrecha entre la médula ósea y el bazo, probablemente por medio de hormonas esplénicas cuidadosamente balanceadas, no únicamente inhibitorias, como se demuestra con la esplenectomía en bazo sano, pues se obtiene en respuesta hiperleucocitosis y aumento de las plaquetas por una parte, y anemia por la otra.

Los resultados que debemos esperar en la extirpación de bazo normal, se derivan de lo expuesto anteriormente y han sido señalados por Nash (4) en la siguiente forma: anemia moderada que se acentúa a las seis semanas para desaparecer en pocos meses, disminución de la fragilidad globular, leucocitosis polinuclear principalmente, de 20,000 a 40,000 en las primeras 24 horas para desaparecer en meses, aumento temporal en el número de plaquetas, hipertrofia de los ganglios linfáticos, hiperhemia e hiperplasia de la médula ósea, hiperplasia del timo, aumento en la eliminación del hierro, en ocasiones hematemesis inmediata post-operatoria y a veces trombosis fatales post-operatorias de la esplénica y de la porta sobre todo en esplenectomías en pacientes con cuentas de plaquetas normales o cercanas a la normalidad.

Aun cuando dentro de estos fenómenos debemos esperar también una disminución general de la resistencia del individuo que ponga en peligro su vida, las estadísticas no revelan disminución de la vitalidad ni de

# LA ESPLENECTOMÍA

la longevidad de estos pacientes, salvo raras excepciones como las citadas por el Dr. Flores Espinoza.

En las rupturas esplénicas, espontáneas o provocadas, la esplenectomía es la única medida terapéutica que resuelve satisfactoriamente el problema salvando la vida del enfermo, ninguna otra medida menos radical que ésta es segura. En el Hospital Central Militar se han hecho cinco esplenectomías por ruptura provocada en el lapso comprendido entre el mes de Diciembre de 1948 y la fecha actual. Tres de ellos, con expedientes números 41,883; 43,084 y 43826, ingresaron con cuadro de vientre agudo, en el primero no se hizo diagnóstico, en los dos restantes sí. Los tres fueron intervenidos oportunamente con resultados absolutamente satisfactorios, evolucionando sin incidentes ni accidentes. En diciembre de 1948, al hacer gastrectomía y vagotomía al enfermo con expediente 34,695 se laceró el bazo siendo necesaria su extirpación, su evolución no tuvo contratiempos. El día 14 del mes en curso el enfermo M. C., Expediente 41,605, que actualmente ocupa la cama núm. 4 de la Sala de Gastro Sur, fué llevado a la sala de Operaciones para practicársele gastrectomía subtotal y sección del neumogástrico izquierdo, se hizo tracción indebida hacia abajo, en lugar de hacerla hacia la izquierda, del estómago para poner tensa la zona esófago-gástrica, produciéndose desgarramiento del bazo con la consiguiente hemorragia y estado de shock, se pusieron algunos puntos de sutura y se cohibió momentáneamente; a los 15 minutos nueva hemorragia, más puntos de sutura sosteniendo oxycell y gelfcam conteniéndose de nuevo. A los pocos minutos nueva hemorragia, esta vez más profusa con shock profundo decidiendo quitar el bazo ante la inutilidad de todas las medidas tomadas y el grave riesgo del paciente. Se transfundieron tres y medio litros de sangre en las tres horas que duró la intervención. La glucosa, cloruros, urea, proteínas y reserva alcalina han sido mantenidos bajo control. Las biometrías hemáticas han dado los siguientes datos:

				L	U	M	E	B	N	M	J	St.	Seg.	Plaquetas
III-15-50:	E:	5.4	16	49,6	26	0	0	0	74	0	0	4	70	810.000
III-17-50:		5.1	15	25,4	6	0	0	0	94	0	0	3	91	
III-19-50:		5.	15	7,4	39	8				53		3	53	
III-21-50:		5.5	16	9,5	37	2	3			58			58	
III-23-50:		5.2	13	7,2	28	1				71		2	69	590.000

Por temor a trombosis el enfermo fué movlizado inmediatamente evolucionando sin contratiempos de ninguna naturaleza.

Cuando el bazo aumenta patológicamente sus funciones aumenta la destrucción de los elementos hemáticos manifestándose por esplenomegalia, anemia, leucopenia y trombocitopenia. Este fenómeno recibe el nombre de hiperesplenismo al cual Krarke y Riser (7) le exigen las siguientes características para poder establecer su diagnóstico: 1.—bazo clínicamente grande, con excepción de algunos casos de púrpura trombocitopénica esencial; 2.—disminución de los valores hemáticos, incluyendo neutropenia, trombocitopenia y anemia, o sus combinaciones; 3.—demostración de que la médula ósea no está trastornada en su función y 4.—demostración de hiperactividad esplénica con la prueba de la epinefrina. Lógicamente hiperesplenismo es sinónimo de esplenectomía.

El término nos parece un tanto inadecuado ya que implica hipertrofia, hiperplasia, cambios anatomopatológicos que justifican su hiperfunción, cosa que pocas veces se pueden demostrar; en otras ocasiones es obligado por causas ajenas a el mismo a forzar una sola de sus funciones y en otras tan solo responde secundariamente a lesiones de extraños que lo involucran en sus trastornos. Si lo aceptamos como tal debemos crear una subdivisión: hiperesplenismo primario y secundario, en el primero la esplenectomía es lógica, en el segundo habrá casos en que esté definitivamente indicada y casos en los cuales no podrá aceptarse.

La casuística que presenta el Dr. Flores Espinosa es excelente. Relata Tanna (8) que en el Charity de Nueva Orleans se hicieron 38 esplenectomías en el periodo comprendido entre 1939-45 en 361,382 admisiones habidas durante ese mismo periodo. En 1942, Cole (9) reporta 30 esplenectomías en cinco años en el Illinois Research Hospital. En 1943 Eliascn y Stevens (10) presentan 63 casos en 10 años. En diciembre del año pasado presentan Kracken y Riser nueve casos seleccionados entre los ocurridos en los últimos 3 años en Clínica de Hematología del Colegio de Medicina de Alabama (7).

En los casos de púrpura trombocitopénica primaria donde el hiperesplenismo primario es indudable, aun cuando la esplenomegalia prácticamente no existe, la indicación quirúrgica es imperativa y tan solo deseamos insistir en la importancia de los factores señalados por el Sr. Dr. Flo-

res Espinoza para obtener el éxito quirúrgico, claramente confirmados con el caso particular que presenta.

Es la ictericia hemolítica congénita otra de las indicaciones precisas de la esplenectomía por los resultados tan dramáticamente excelentes. Este es un caso claro de hiperesplenismo secundario; el bazo está crecido por ingurgitación de sangre, no se aprecia crecimiento ni hiperfunción de los corpúsculos de Malpighi, los sinusoides están vacíos, no hay engrosamiento de las trabéculas ni del retículo, tan solo la pulpa está llena de glóbulos rojos. En este caso no ha aumentado por sí la función fagocitaria de la fracción retículo-endotelial, sino que el hematie de estos pacientes, cuya evolución medular es normal, al madurar y salir al torrente circulatorio es atacado por algunas hemolisimas que lo hacen microesferocítico y por lo tanto más frágil a los agentes destructivos normales, desgaste más rápido de su propia vitalidad, menos resistente a la concentración y estancamiento dentro del bazo o a la acción de la lisocitina. No hay leucopenia ni trombocitopenia. Después de esplenectomizados, la microesferocitosis y la fragilidad globular aunque menos marcada, persisten por tiempo indefinido generalmente. El agente atacante o sensibilizante debe ser extraesplénico y el resultado asombroso que se obtiene no es porque haya desaparecido la hiperfunción destructiva esplénica, sino porque ya no hay bazo normal a quien obligar a fagocitar glóbulos rojos frágiles y caducos.

A la luz de nuestros conocimientos actuales el síndrome de Banti queda constituido por esplenomegalia, anemia, leucopenia, trombocitopenia, cirrosis hepática, hipertensión porta, hemorragias gastrointestinales y ascitis en su período final. Los estudios anatomopatológicos clásicos señalan fibrosis de los corpúsculos de Malpighi, del retículo esplénico así como engrosamiento de la trabécula y de la cápsula; es frecuente la trombosis de la vena esplénica que aparece generalmente muy distendida presentando gruesas colaterales que conectan al bazo con el estómago y el diafragma; los vasos cortos se encuentran muy dilatados. Al principio el hígado tiene apariencia normal, posteriormente toma las características de la cirrosis de Laenec. Hay hiperplasia moderada de la médula ósea (11). En 30 casos estudiados con diagnóstico de anemia esplénica, Kelsey y colaboradores (12) encontraron congestión porta en 27 de ellos, en éstos

Por temor a trombosis el enfermo fué movlizado inmediatamente evolucionando sin contratiempos de ninguna naturaleza.

Cuando el bazo aumenta patológicamente sus funciones aumenta la destrucción de los elementos hemáticos manifestándose por esplenomegalia, anemia, leucopenia y trombocitopenia. Este fenómeno recibe el nombre de hiperesplenismo al cual Krarke y Riser (7) le exigen las siguientes características para poder establecer su diagnóstico: 1.—bazo clínicamente grande, con excepción de algunos casos de púrpura trombocitopénica esencial; 2.—disminución de los valores hemáticos, incluyendo neutropenia, trombocitopenia y anemia, o sus combinaciones; 3.—demostración de que la médula ósea no está trastornada en su función y 4.—demostración de hiperactividad esplénica con la prueba de la epinefrina. Lógicamente hiperesplenismo es sinónimo de esplenectomía.

El término nos parece un tanto inadecuado ya que implica hipertrofia, hiperplasia, cambios anatomopatológicos que justifican su hiperfunción, cosa que pocas veces se pueden demostrar; en otras ocasiones es obligado por causas ajenas a el mismo a forzar una sola de sus funciones y en otras tan solo responde secundariamente a lesiones de extraños que lo involucran en sus trastornos. Si lo aceptamos como tal debemos crear una subdivisión: hiperesplenismo primario y secundario, en el primero la esplenectomía es lógica, en el segundo habrá casos en que esté definitivamente indicada y casos en los cuales no podrá aceptarse.

La casuística que presenta el Dr. Flores Espinosa es excelente. Relata Tanna (8) que en el Charity de Nueva Orleans se hicieron 38 esplenectomías en el periodo comprendido entre 1939-45 en 361,382 admisiones habidas durante ese mismo periodo. En 1942, Cole (9) reporta 30 esplenectomías en cinco años en el Illinois Research Hospital. En 1943 Eliascn y Stevens (10) presentan 63 casos en 10 años. En diciembre del año pasado presentan Kracken y Riser nueve casos seleccionados entre los ocurridos en los últimos 3 años en Clínica de Hematología del Colegio de Medicina de Alabama (7).

En los casos de púrpura trombocitopénica primaria donde el hiperesplenismo primario es indudable, aun cuando la esplenomegalia prácticamente no existe, la indicación quirúrgica es imperativa y tan solo deseamos insistir en la importancia de los factores señalados por el Sr. Dr. Flo-



res Espinoza para obtener el éxito quirúrgico, claramente confirmados con el caso particular que presenta.

Es la ictericia hemolítica congénita otra de las indicaciones precisas de la esplenectomía por los resultados tan dramáticamente excelentes. Este es un caso claro de hiperesplenismo secundario; el bazo está crecido por ingurgitación de sangre, no se aprecia crecimiento ni hiperfunción de los corpúsculos de Malpighi, los sinusoides están vacíos, no hay engrosamiento de las trabéculas ni del retículo, tan solo la pulpa está llena de glóbulos rojos. En este caso no ha aumentado por sí la función fagocitaria de la fracción retículo-endotelial, sino que el hematie de estos pacientes, cuya evolución medular es normal, al madurar y salir al torrente circulatorio es atacado por algunas hemolisimas que lo hacen microesferocítico y por lo tanto más frágil a los agentes destructivos normales, desgaste más rápido de su propia vitalidad, menos resistente a la concentración y estancamiento dentro del bazo o a la acción de la lisocitina. No hay leucopenia ni trombocitopenia. Después de esplenectomizados, la microesferocitosis y la fragilidad globular aunque menos marcada, persisten por tiempo indefinido generalmente. El agente atacante o sensibilizante debe ser extraesplénico y el resultado asombroso que se obtiene no es porque haya desaparecido la hiperfunción destructiva esplénica, sino porque ya no hay bazo normal a quien obligar a fagocitar glóbulos rojos frágiles y caducos.

A la luz de nuestros conocimientos actuales el síndrome de Banti queda constituido por esplenomegalia, anemia, leucopenia, trombocitopenia, cirrosis hepática, hipertensión porta, hemorragias gastrointestinales y ascitis en su período final. Los estudios anatomopatológicos clásicos señalan fibrosis de los corpúsculos de Malpighi, del retículo esplénico así como engrosamiento de la trabécula y de la cápsula; es frecuente la trombosis de la vena esplénica que aparece generalmente muy distendida presentando gruesas colaterales que conectan al bazo con el estómago y el diafragma; los vasos cortos se encuentran muy dilatados. Al principio el hígado tiene apariencia normal, posteriormente toma las características de la cirrosis de Laenec. Hay hiperplasia moderada de la médula ósea (11). En 30 casos estudiados con diagnóstico de anemia esplénica, Kelsey y colaboradores (12) encontraron congestión porta en 27 de ellos, en éstos

la trombosis porta y la cirrosis hepática se presentaron con igual frecuencia, en los 3 restantes no hubo hipertensión porta demostrable. Desde 1942 ya Cole (9) presenta cinco casos de lesiones de la vena esplénica separándolos del síndrome de Banti.

Con los datos anteriores podemos formar tres grupos dentro de la esplenomegalia congestiva: uno formado por hipertensión porta, trombosis esplenoporta e hiperesplenismo secundario en quien la esplenectomía debe dar resultados satisfactorios. Un segundo grupo en el cual únicamente hay hiperesplenismo de causa desconocida y en quien también dará resultados satisfactorios la esplenectomía y un tercer grupo en que domina la cirrosis hepática, la hipertensión porta y el hiperesplenismo secundario. Es en este grupo donde la esplenectomía no aporta beneficio de importancia ni en los casos tempranos ni en los tardíos, no modifica el curso de la cirrosis hepática, disminuye en 18% el volumen sanguíneo de la porta (13) que prácticamente no influye en su hipertensión, al destruir las adherencias puede provocarse hemorragia fatal como en el caso señalado por el Dr. Flores Espinoza. En casos complicados con hemorragia gastrointestinal tampoco resuelve el problema pues Boyd (11) relata entre otros, haber presenciado la muerte de un paciente por hemorragia gastrointestinal diez años después de esplenectomizado. La terapéutica debe ser dirigida primordialmente hacia la cirrosis hepática, la hipertensión porta y las hemorragias gastrointestinales. El reposo en cama, la dieta de Morrison, vitaminoterapia y lipotrópicos mejorarán el estado cirrótico. Para resolver el problema de la hipertensión porta se han ideado distintas técnicas: Whipple (14) preconiza la fistula de Eck; Blakemore y Lord (15) por una parte y Blalock (16) por la otra prefieren la anastomosis esplenorrenal sin sacrificar el riñón como en un principio lo hicieron. Los resultados no han sido satisfactorios, pues por alguna razón la sangre porta no escurre ampliamente hacia la cava, las anastomosis tienden a cerrarse y la presencia de trombosis en estos sitios no es rara. Por otra parte las hemorragias gastrointestinales persisten (13). Estas han sido tratadas esclerosando las várices esofágicas a través del esofagoscopia; por medio del taponamiento con gasa yodoformada del mediastino posterior (16), y la compresión del cardias con el balón del tubo de Miller-Abbot (17). Baronofsky (13) preconiza la esplenectomía y gas-

## LA ESPLENECTOMÍA

trectomía de 98% porque así se disminuye en 44% el aporte sanguíneo a la porta, se destruye la comunicación porta-cava a nivel del esófago desapareciendo la razón de las várices y se evita que sangren porque sus erosiones son debidas al factor ácido-pepsina gástrico actuando sobre terreno debilitado, más que a la hipertensión solamente. Presenta ocho casos operados entre febrero de 1945 y julio de 1947, con cinco defunciones.

El Dr. Flores Espinoza presenta diez casos de síndrome de Banti con resultados terapéuticos muy halagadores. Siete están en perfectas condiciones y las tres defunciones acaecidas son atribuibles en un caso a adherencias sangrantes por terapia profunda preoperatoria, en otro a trombosis de la mesentérica y en el tercero a hematemesis. En las estadísticas que hemos revisado de otros autores los resultados son excelentes cuando se trata de trombosis esplénica y Banti primarios (3), (8), (9) (10), no así en los Banti secundarios con hipertensión porta y cirrosis hepática.

En el Hospital Central Militar fué intervenido un paciente con Banti secundario con moderada cirrosis y ligera hipertensión porta (expediente 17,911), el 13 de abril de 1948; la indicación era esplenectomía y anastomosis esplenorrenal, esto último no pudo llevarse a cabo por dificultades técnicas. El enfermo se encuentra en buenas condiciones actualmente.

El establecimiento del diagnóstico y sobre todo la conducta terapéutica a seguir no son fáciles en este padecimiento, sobre todo en los estados de emergencia. El paciente A. M. O. de 25 años de edad, ingresó a la Sala de Gastro Sur del Hospital Central Militar el día 17 del actual a las 14 horas. Expediente 43,912. Ingresó con cuadro de shock por hemorragia gastrointestinal alta que se inició a las 9 horas del mismo día. Buen estado nutricional. No da ningún antecedente. Vientre algo timpánico. Área hepática disminuida a expensas borde inferior, 3 cms. arriba del borde costal. Bazo a 2 cms. por fuera del borde costal. Biometría hemática inmediatamente al ingresar: Eritrocitos: 3,120,000; Leucocitos: 7,400 Hb.: 11 grms.; Hematocrito: 31; V. C. M.: 99m3; Hb. C. M.: 36 Urea 48.1 Cloruros 400. El enfermo continúa lipotímico y a las 22 horas el bazo está a 4 cms. del borde costal. A las 24 horas presenta nueva hematemesis. Al día siguiente a las 10 horas presenta nueva hematemesis.

la trombosis porta y la cirrosis hepática se presentaron con igual frecuencia, en los 3 restantes no hubo hipertensión porta demostrable. Desde 1942 ya Cole (9) presenta cinco casos de lesiones de la vena esplénica separándolos del síndrome de Banti.

Con los datos anteriores podemos formar tres grupos dentro de la esplenomegalia congestiva: uno formado por hipertensión porta, trombosis esplenoporta e hiperesplenismo secundario en quien la esplenectomía debe dar resultados satisfactorios. Un segundo grupo en el cual únicamente hay hiperesplenismo de causa desconocida y en quien también dará resultados satisfactorios la esplenectomía y un tercer grupo en que domina la cirrosis hepática, la hipertensión porta y el hiperesplenismo secundario. Es en este grupo donde la esplenectomía no aporta beneficio de importancia ni en los casos tempranos ni en los tardíos, no modifica el curso de la cirrosis hepática, disminuye en 18% el volumen sanguíneo de la porta (13) que prácticamente no influye en su hipertensión, al destruir las adherencias puede provocarse hemorragia fatal como en el caso señalado por el Dr. Flores Espinoza. En casos complicados con hemorragia gastrointestinal tampoco resuelve el problema pues Boyd (11) relata entre otros, haber presenciado la muerte de un paciente por hemorragia gastrointestinal diez años después de esplenectomizado. La terapéutica debe ser dirigida primordialmente hacia la cirrosis hepática, la hipertensión porta y las hemorragias gastrointestinales. El reposo en cama, la dieta de Morrison, vitaminoterapia y lipotrópicos mejorarán el estado cirrótico. Para resolver el problema de la hipertensión porta se han ideado distintas técnicas: Whipple (14) preconiza la fistula de Eck; Blakemore y Lord (15) por una parte y Blalock (16) por la otra prefieren la anastomosis esplenorrenal sin sacrificar el riñón como en un principio lo hicieron. Los resultados no han sido satisfactorios, pues por alguna razón la sangre porta no escurre ampliamente hacia la cava, las anastomosis tienden a cerrarse y la presencia de trombosis en estos sitios no es rara. Por otra parte las hemorragias gastrointestinales persisten (13). Estas han sido tratadas esclerosando las várices esofágicas a través del esofagoscopia; por medio del taponamiento con gasa yodoformada del mediastino posterior (16), y la compresión del cardias con el balón del tubo de Miller-Abbot (17). Baronofsky (13) preconiza la esplenectomía y gas-

## LA ESPLENECTOMÍA

trectomía de 98% porque así se disminuye en 44% el aporte sanguíneo a la porta, se destruye la comunicación porta-cava a nivel del esófago desapareciendo la razón de las várices y se evita que sangren porque sus erosiones son debidas al factor ácido-pepsina gástrico actuando sobre terreno debilitado, más que a la hipertensión solamente. Presenta ocho casos operados entre febrero de 1945 y julio de 1947, con cinco defunciones.

El Dr. Flores Espinoza presenta diez casos de síndrome de Banti con resultados terapéuticos muy halagadores. Siete están en perfectas condiciones y las tres defunciones acaecidas son atribuibles en un caso a adherencias sangrantes por terapia profunda preoperatoria, en otro a trombosis de la mesentérica y en el tercero a hematemesis. En las estadísticas que hemos revisado de otros autores los resultados son excelentes cuando se trata de trombosis esplénica y Banti primarios (3), (8), (9) (10), no así en los Banti secundarios con hipertensión porta y cirrosis hepática.

En el Hospital Central Militar fué intervenido un paciente con Banti secundario con moderada cirrosis y ligera hipertensión porta (expediente 17,911), el 13 de abril de 1948; la indicación era esplenectomía y anastomosis esplenorrenal, esto último no pudo llevarse a cabo por dificultades técnicas. El enfermo se encuentra en buenas condiciones actualmente.

El establecimiento del diagnóstico y sobre todo la conducta terapéutica a seguir no son fáciles en este padecimiento, sobre todo en los estados de emergencia. El paciente A. M. O. de 25 años de edad, ingresó a la Sala de Gastro Sur del Hospital Central Militar el día 17 del actual a las 14 horas. Expediente 43,912. Ingresó con cuadro de shock por hemorragia gastrointestinal alta que se inició a las 9 horas del mismo día. Buen estado nutricional. No da ningún antecedente. Vientre algo timpánico. Área hepática disminuida a expensas borde inferior, 3 cms. arriba del borde costal. Bazo a 2 cms. por fuera del borde costal. Biometría hemática inmediatamente al ingresar: Eritrocitos: 3,120,000; Leucocitos: 7,400 Hb.: 11 grms.; Hematocrito: 31; V. C. M.: 99m3; Hb. C. M.: 36 Urea 48.1 Cloruros 400. El enfermo continúa lipotímico y a las 22 horas el bazo está a 4 cms. del borde costal. A las 24 horas presenta nueva hematemesis. Al día siguiente a las 10 horas presenta nueva hematemesis.

Al día siguiente a las 10 horas el bazo está a 6 cms. del borde costal. Presentó otra hematemesis en la mañana. Biometría hemática: Eritrocitos: 2.850.000; Leucocitos: 3.000; Hb.: 9 grms.; Sangrado: 1' 10"; Coagulación 3'. Fórmula Blanca: L-22; M-1; E-1; N-76; M-0; J-0; St-0; Seg-76. Plaquetas: 143.000. Se hace el diagnóstico de Síndrome de Banti por probable trombosis esplénica y se decide la intervención con fines de esplenectomía. Ya en la mesa de operaciones es reconocido por un miembro del personal por haber estado internado con anterioridad por algún cuadro icterico. Se abre vientre y se encuentra bazo grande de 30 cms de longitud por 12 de anchura, sin grandes adherencias, estómago y duodeno aparentemente sanos, hígado cirrótico, blanquecino, nodular, aproximadamente del mismo tamaño que el bazo. Dados los hallazgos se prefiere cerrar vientre. Al día siguiente son entregados los siguientes resultados de laboratorio: Billirrubina en 1': 0.25; en 30': 0.52; Total: 0.96. Timol: 6.5 U.; Floculación: + + + +; Precipitación: 1%. Proteínas totales: 6.10 grms.; Albúmina: 2.36 grms.; Globulinas: 3.74 grms. a; 0.91; b: 0.88; g: 1.95. El enfermo no ha vuelto a sangrar. Se espera que el enfermo esté en mejores condiciones para intentar esplenectomía y derivación porto-cava, o alguna otra medida menos radical si aquellas no son posibles llevarlas a cabo.

Réstame tan solo agradecer al Gobierno de la Academia Mexicana de Cirugía la oportunidad que me ha brindado de estudiar este trabajo y felicitar muy cordialmente al Sr. Académico Dr. Enrique Flores Espinosa por su brillante y valiosa colaboración a nuestra literatura científica.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.—Dameshek, W. citado por H. L. Bouckus. Gastroenterología. Vol. III. pág. 1027.
- 2.—Best & Taylor. Bases Fisiológicas de la Práctica Médica. 3a. edición 1943. pág. 88.
- 3.—Warren H. Cole, Leroy Walter y Louis R. Limarzi. Indicaciones y Resultados de la Esplenectomía. Annals of Surgery. 129:703. Mayo 1949.
- 4.—Joseph Nash. Fisiología Quirúrgica. Thomas. 1942. pág. 66.



## LA ESPLENECTOMÍA

- 5.—Cannon e Isquierdo. Citado por 2.
- 6.—Citado por H. L. Bockus. Gastroenterología. Vol. III. pág. 114.
- 7.—Roy R. Kracke, William H. Riser. El Problema del Hiperesplenismo. J. A.M.A. 141:L130-1139. Diciembre 17 de 1949.
- 8.—Jerome F. Tanna. Esplenectomía. Análisis de 38 casos. Surgery. 21:46-55. Enero 1947.
- 9.—Warren H. Cole. Indicaciones de la Esplenectomía. Mississippi Doctor. 20: 63-66. Julio 1942.
- 10.—E. L. Eliason, S. W. Stevens. Cirugía del Bazo en las Discrasias Sanguíneas. Surgery. 13: 177-187. Feb. 1943.
- 11.—William Boyd. Patología Quirúrgica. 5a. edición, Saunders. 1942. pág. 563.
- 12.—Mavis P. Kelsey, Harold E. Robertson y Herbert Z. Giffin. El Papel de la Trombosis Crónica de la Vena Porta y sus Tributarias en el Síndrome de Anemia Esplénica. Surgery, Gynecology & Obstetrics. 85:292. Sept. 1947.
- 13.—Ivan D. Baronofsky. Hipertensión Porta. Surgery. 25:135-163. Enero 1949.
- 14.—Whipple, A. O. El Problema de las Hipertensión Porta en relación con las Hepatoesplenopatías. Ann. Surg. 122:449 1945.
- 15.—Citados por 13.
- 16.—John H. Garlock y Max. L. Som. Nueva Vía para el Tratamiento de las Várices Esofágicas. J. A. M. A. 135:028, Nov. 8 1947.
- 17.—Leandro M. Tocantins. La Tendencia Hemorrágica en la Esplenomegalia Congestiva. J. A. M. A. 136:617. Feb. 28 1948.

Al día siguiente a las 10 horas el bazo está a 6 cms. del borde costal. Presentó otra hematemesis en la mañana. Biometría hemática: Eritrocitos: 2.850.000; Leucocitos: 3.000; Hb.: 9 grms.; Sangrado: 1' 10"; Coagulación 3'. Fórmula Blanca: L-22; M-1; E-1; N-76; M-0; J-0; St-0; Seg-76. Plaquetas: 143.000. Se hace el diagnóstico de Síndrome de Banti por probable trombosis esplénica y se decide la intervención con fines de esplenectomía. Ya en la mesa de operaciones es reconocido por un miembro del personal por haber estado internado con anterioridad por algún cuadro icterico. Se abre vientre y se encuentra bazo grande de 30 cms de longitud por 12 de anchura, sin grandes adherencias, estómago y duodeno aparentemente sanos, hígado cirrótico, blanquecino, nodular, aproximadamente del mismo tamaño que el bazo. Dados los hallazgos se prefiere cerrar vientre. Al día siguiente son entregados los siguientes resultados de laboratorio: Billirrubina en 1': 0.25; en 30': 0.52; Total: 0.96. Timol: 6.5 U.; Floculación: + + + +; Precipitación: 1%. Proteínas totales: 6.10 grms.; Albúmina: 2.36 grms.; Globulinas: 3.74 grms. a; 0.91; b: 0.88; g: 1.95. El enfermo no ha vuelto a sangrar. Se espera que el enfermo esté en mejores condiciones para intentar esplenectomía y derivación porto-cava, o alguna otra medida menos radical si aquellas no son posibles llevarlas a cabo.

Réstame tan solo agradecer al Gobierno de la Academia Mexicana de Cirugía la oportunidad que me ha brindado de estudiar este trabajo y felicitar muy cordialmente al Sr. Académico Dr. Enrique Flores Espinosa por su brillante y valiosa colaboración a nuestra literatura científica.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.—Dameshek, W. citado por H. L. Bouckus. Gastroenterología. Vol. III. pág. 1027.
- 2.—Best & Taylor. Bases Fisiológicas de la Práctica Médica. 3a. edición 1943. pág. 88.
- 3.—Warren H. Cole, Leroy Walter y Louis R. Limarzi. Indicaciones y Resultados de la Esplenectomía. Annals of Surgery. 129:703. Mayo 1949.
- 4.—Joseph Nash. Fisiología Quirúrgica. Thomas. 1942. pág. 66.

## LA ESPLENECTOMÍA

- 5.—Cannon e Isquierdo. Citado por 2.
- 6.—Citado por H. L. Bockus. Gastroenterología. Vol. III. pág. 114.
- 7.—Roy R. Kracke, William H. Riser. El Problema del Hiperesplenismo. J. A.M.A. 141:L130-1139. Diciembre 17 de 1949.
- 8.—Jerome F. Tanna. Esplenectomia. Análisis de 38 casos. Surgery. 21:46-55. Enero 1947.
- 9.—Warren H. Cole. Indicaciones de la Esplenectomia. Mississipi Doctor. 20: 63-66. Julio 1942.
- 10.—E. L. Eliason, S. W. Stevens. Cirugía del Bazo en las Discrasias Sanguíneas. Surgery. 13: 177-187. Feb. 1943.
- 11.—William Boyd. Patología Quirúrgica. 5a. edición, Saunders. 1942. pág. 563.
- 12.—Mavis P. Kelsey, Harold E. Robertson y Herbert Z. Giffin. El Papel de la Trombosis Crónica de la Vena Porta y sus Tributarias en el Síndrome de Anemia Esplénica. Surgery, Gynecology & Obstetrics. 85:292. Sept. 1947.
- 13.—Ivan D. Baronofsky. Hipertensión Porta. Surgery. 25:135-163. Enero 1949.
- 14.—Whipple, A. O. El Problema de las Hipertensión Porta en relación con las Hepatoesplenopatías. Ann. Surg. 122:449 1945.
- 15.—Citados por 13.
- 16.—John H. Garlock y Max. L. Som. Nueva Vía para el Tratamiento de las Várices Esofágicas. J. A. M. A. 135:028, Nov. 8 1947.
- 17.—Leandro M. Tocantins. La Tendencia Hemorrágica en la Esplenomegalia Congestiva. J. A. M. A. 136:617. Feb. 28 1948.

## Métodos Terapéuticos Predorsovertebrales y Mediastínicos

*Por el Académico Dr. Miguel López Esnaurrizar.*

*Trabajo reglamentario leído en la sesión del 11 de abril de 1950*

Por sentir frecuentemente la necesidad terapéutica de actuar sobre el simpático periférico en mayor extensión y facilidad, hemos estado infiltrando los espláncnicos de la mujer, por el fondo de saco de Douglas y por vía ascendente, siguiendo la sugestión personal del Prof. Cotte; vía muy interesante para terapéutica ginecológica simpática de los miembros inferiores, y que forma un capítulo del que en parte nos ocupamos en el 1er. Congreso de Ginecología de México.

El extremo opuesto, la vía cervico dorsal anterior, por razones anatómicas nos parecía favorable; sentíamos frecuente necesidad terapéutica, pero era menester encontrar la vía y puntualizar las técnicas.

Los trabajos iniciales fueron encargados en 1948 a mis discípulos dirigidos por el Dr. Salvador Sánchez, los que hicieron disecciones en cadáveres para buscar la vía más favorable para llegar al espacio perivertebral anterior por vía cervical; se valieron también de infiltraciones de sustancias colorantes para determinar la extensión posible de las difusiones. El Dr. Sánchez con sus ayudantes encontró que el sitio de elección podría estar en la cercanías del ángulo esterno-cleido-mastoideo con la clavícula, necesitándose para llegar a la aponeurosis prevertebral y perforarla, de incisiones cutáneas de 1 ó 2 cms. lo más profundas, de un trócar grueso de unos 15 cms. de longitud terminado por una formación especial abotonada, de sustancia acrílica para despegar como con sonda y

poder llegar a la región dorsal y hacer la infiltración. De esta manera con 40 ó 50 c.c. llegaron a teñir hasta la última vértebra dorsal.

Aunque la posibilidad anatómica y experimental estaba resuelta, la agresión era mayor que el de la usual vía paravertebral dorsal, quedó en esta etapa, esperando posible perfeccionamiento técnico.

Como la práctica profesional presentaba constantes y urgentes necesidades terapéuticas y alentada nuestra confianza de posibilidad de llegar a ese espacio por medio de aguja delgada llamada de raquia, fortalecidos nuestros trabajos anatómicos por el de Malan y Puglionisi del Instituto de Clínica Quirúrgica de Catania, Italia como el de nosotros exclusivamente en cadáveres y con resultados análogos, nos dieron intrepidez necesaria para intentarlo en los enfermos.

Encontramos la necesidad señalada de una vía más amplia y completa que la paravertebral dorsal posterior, en un caso de angina de pecho y asma, insuficientemente mejorado por bloqueo paravertebral prolongado, insuficiencia debida a limitación de la extensión del bloqueo. Colocamos al enfermo en posición sentada con ligera inclinación del tronco hacia atrás "en sillón", en la mesa de rayos X para obtener la demostración del deslizamiento de los líquidos terapéuticos, mezclados en esta vez en el lado derecho a 20 c.c. de solución Yoduro de Sodio, substancia ligeramente opaca a la dilución empleada y en el lado izquierdo inyectamos la solución terapéutica sólo con 1 c.c. de yodipina. Pudimos obtener así radiografías (láminas Nos. ) que confirmaron la efectividad de infiltración hasta el segmento dorsal misma comprobación que nuestros discípulos habían logrado en cadáveres. Aunque el empleo de la Yodipina es inofensivo no hemos querido multiplicar estudios radiográficos aumentando volúmenes pues la vía estaba plenamente descubierta.

Desde luego que es de comprenderse que cuando se usan substancias más fluidas que el aceite, como son las soluciones de novocaina y alcohol la difusión es muchas veces más fácil y mayor lo que hechos clínicos lo demuestran. Es más fácil la difusión si se emplean substancias que favorecen la permeabilidad tisular (hialinouronidase) de estos hechos, decimos tenemos pruebas clínicas terapéuticas; aún más esperamos nuevas observaciones que nos demuestren la posibilidad de difusión en todo el tejido perivertebral hasta el segmento sacro, con volúmenes mayores inyectados en un sólo lado.

## Métodos Terapéuticos Predorsovertebrales y Mediastínicos

*Por el Académico Dr. Miguel López Esnaurrizar.*

*Trabajo reglamentario leído en la sesión del 11 de abril de 1950*

Por sentir frecuentemente la necesidad terapéutica de actuar sobre el simpático periférico en mayor extensión y facilidad, hemos estado infiltrando los espláncnicos de la mujer, por el fondo de saco de Douglas y por vía ascendente, siguiendo la sugestión personal del Prof. Cotte; vía muy interesante para terapéutica ginecológica simpática de los miembros inferiores, y que forma un capítulo del que en parte nos ocupamos en el 1er. Congreso de Ginecología de México.

El extremo opuesto, la vía cervico dorsal anterior, por razones anatómicas nos parecía favorable; sentíamos frecuente necesidad terapéutica, pero era menester encontrar la vía y puntualizar las técnicas.

Los trabajos iniciales fueron encargados en 1948 a mis discípulos dirigidos por el Dr. Salvador Sánchez, los que hicieron disecciones en cadáveres para buscar la vía más favorable para llegar al espacio perivertebral anterior por vía cervical; se valieron también de infiltraciones de sustancias colorantes para determinar la extensión posible de las difusiones. El Dr. Sánchez con sus ayudantes encontró que el sitio de elección podría estar en la cercanías del ángulo esterno-cleido-mastoideo con la clavícula, necesitándose para llegar a la aponeurosis prevertebral y perforarla, de incisiones cutáneas de 1 ó 2 cms. lo más profundas, de un trócar grueso de unos 15 cms. de longitud terminado por una formación especial abotonada, de sustancia acrílica para despegar como con sonda y



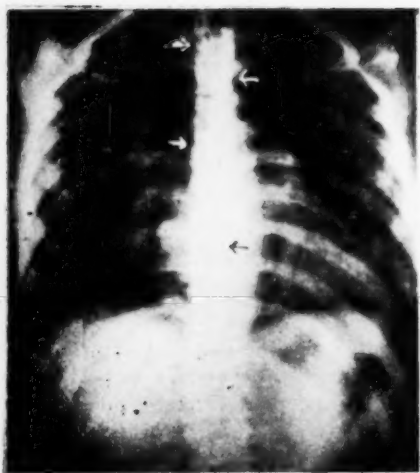
poder llegar a la región dorsal y hacer la infiltración. De esta manera con 40 ó 50 c.c. llegaron a teñir hasta la última vértebra dorsal.

Aunque la posibilidad anatómica y experimental estaba resuelta, la agresión era mayor que el de la usual vía paravertebral dorsal, quedó en esta etapa, esperando posible perfeccionamiento técnico.

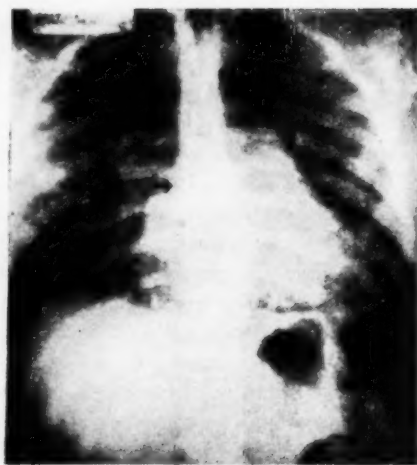
Como la práctica profesional presentaba constantes y urgentes necesidades terapéuticas y alentada nuestra confianza de posibilidad de llegar a ese espacio por medio de aguja delgada llamada de raquia, fortalecidos nuestros trabajos anatómicos por el de Malan y Puglionisi del Instituto de Clínica Quirúrgica de Catania, Italia como el de nosotros exclusivamente en cadáveres y con resultados análogos, nos dieron intrepidez necesaria para intentarlo en los enfermos.

Encontramos la necesidad señalada de una vía más amplia y completa que la paravertebral dorsal posterior, en un caso de angina de pecho y asma, insuficientemente mejorado por bloqueo paravertebral prolongado, insuficiencia debida a limitación de la extensión del bloqueo. Colocamos al enfermo en posición sentada con ligera inclinación del tronco hacia atrás "en sillón", en la mesa de rayos X para obtener la demostración del deslizamiento de los líquidos terapéuticos, mezclados en esta vez en el lado derecho a 20 c.c. de solución Yoduro de Sodio, substancia ligeramente opaca a la dilución empleada y en el lado izquierdo inyectamos la solución terapéutica sólo con 1 c.c. de yodipina. Pudimos obtener así radiografías (láminas Nos. ) que confirmaron la efectividad de infiltración hasta el segmento dorsal misma comprobación que nuestros discípulos habían logrado en cadáveres. Aunque el empleo de la Yodipina es inofensivo no hemos querido multiplicar estudios radiográficos aumentando volúmenes pues la vía estaba plenamente descubierta.

Desde luego que es de comprenderse que cuando se usan substancias más fluidas que el aceite, como son las soluciones de novocaina y alcohol la difusión es muchas veces más fácil y mayor lo que hechos clínicos lo demuestran. Es más fácil la difusión si se emplean substancias que favorecen la permeabilidad tisular (hialinouronidase) de estos hechos, decimos tenemos pruebas clínicas terapéuticas; aún más esperamos nuevas observaciones que nos demuestren la posibilidad de difusión en todo el tejido perivertebral hasta el segmento sacro, con volúmenes mayores inyectados en un sólo lado.



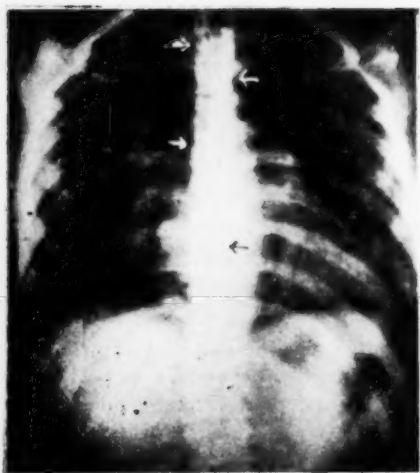
*Fig. 1. Niveles de infiltración alcanzados por la vía prevertebral del Autor.*



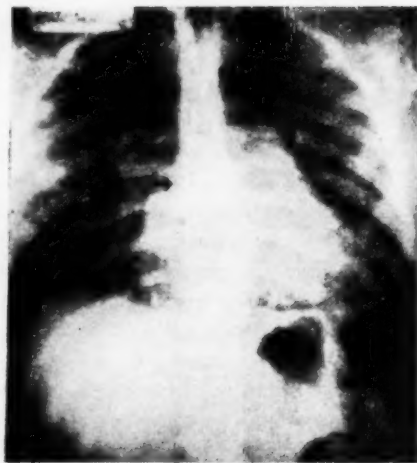
*Fig. 2. Otros niveles.*



*Fig. 3. Radiografía transversal para comprobación topográfica.*



*Fig. 1. Niveles de infiltración alcanzados por la vía prevertebral del Autor.*



*Fig. 2. Otros niveles.*



*Fig. 3. Radiografía transversal para comprobación topográfica.*

Al hacer la introducción de la aguja se percibe con mucha claridad la perforación de las aponeurosis cervicales media y posterior, lo que basta, con la profundidad de la aguja, para tener certidumbre del sitio de su extremidad; además, en el espacio prevertebral se confirma la situación de la aguja por el contacto de ella con vértebra cervical.

Es notable la sencillez técnica, su seguridad e indolencia para el enfermo; como el cirujano toca con el índice las estructuras importantes (vasos gruesos, conducto traqueal) y conoce la situación poco variable del esófago, los elude con seguridad.

*Valor terapéutico de la vía.*—Como complemento de la técnica anterior señalaremos algunas de las indicaciones generales que nos parecen más frecuentes e importantes.

Infiltración para bloqueos dorsales anestésicos o prolongados como elemento terapéutico de la hipertensión (es posible que este procedimiento llegue a descartar las esplenectomías dorsales de tipo de la operación de Smithwick), condiciones espasmódicas irritativas cardiovasculares y pulmonares tipo pectoris, taquicardia paroxística, algunos infartos cardíacos, tratamiento de asma por irritación esplénica o mejoría en las de otro origen. Esplacnitis o irritaciones generalizadas; enfermedad de Buerger. Infiltración de medicamentos estimulantes simpáticos en el tratamiento de choque, colapso y desfallecimiento cardíaco o respiratorio.

Infiltración de antibióticos o antisépticos en casos de infecciones del espacio citado o de la cara anterior de la columna vertebral como profilaxia post-operatoria torácica.

*Vía mediastínica.*—Como se sabe, haciendo la infiltración entre las aponeurosis cervicales media y posterior puede llegar la infiltración, según los volúmenes, al mediastino y a los órganos que contiene. En este sentido, esta vía tan importante, ha sido muy timidamente utilizada. Por ejemplo el Prof. Camilo Lian Catedrático de Cardiología de la Facultad de Medicina de París "menciona la infiltración novocaínica del plexo preaórtico subrayando la rápida pero momentánea o no muy duradera desaparición de las molestias del enfermo (de angina de pecho) que se obtiene por este proceder" (Sesión del 21 de abril de 1949 en la Real Academia de Medicina de Madrid, España); en cambio, nosotros hemos estado obteniendo mejorías completas o al menos muy duraderas de éstos casos, por la infiltración de novocaína como la hacen los car-



#### MÉTODOS PREDORSÓVERTEBRALES

diólogos, seguida de alcohol diluido al 25% en volúmenes de 30 a 40 c.c. . . . Aunque por lo descrito son muchas las posibilidades de aprovechamiento terapéutico de estas vías y sobre todo cuando se observa su efectividad y sencillez operatoria, es probable que no sean las únicas y que esta vía con otras de esplanoterapia continúen ayudando a la nueva farmacología endoneurócrina que estamos tratando de ayudar a su creación.

*Valor radiográfico.*—La inyección de medios de contraste en el espacio prevertebral permite obtener radiografías útiles en casos particulares y como registro terapéutico, como ocurrió con las raquígrafías anteriores que presentamos.

La infiltración de sustancias de contraste entre la aponeurosis cervical superficial y media permite la obtención de mediastinografías de contraste, método al que le suponemos posibilidades que la experiencia futura aclarará.

*Resumen y conclusiones.*—Basados en conocimientos anatómicos y comprobaciones en cadáver hemos demostrado clínica y radiográficamente la facilidad de inyectar líquidos en el espacio prevertebral cervico-dorsal por medio de aguja delgada llamada de raquia introducida anteroposteriormente en el ángulo del borde superior de la clavícula con el borde del haz clavicular del esternocleido mastoideo en el sitio exacto elegido fácilmente por la inspección y la palpación digital y confirmar la misma facilidad para la inyección del mediastino a través del espacio cervical medio.

#### BIBLIOGRAFIA

- Dr. Lian Camilo.—“Nuevos métodos para el tratamiento médico y quirúrgico de la angina de pecho”. Real Ac. Nal. de Med. de Madrid. Sesión 21 de abril 1949.
- Dr. López Esnaurrizar.—“Algias abdominales esplánicas” Ac. Mex. de Cir. oct. 1944 México.
- “Algias abdominales esplánicas” Jour. of Int. Coll. of Surg. jul. 1946 Chicago.
- “Méthode de Récupération Viscérale” Ac. de Chir. 14 de abril 1948 Paris

Al hacer la introducción de la aguja se percibe con mucha claridad la perforación de las aponeurosis cervicales media y posterior, lo que basta, con la profundidad de la aguja, para tener certidumbre del sitio de su extremidad; además, en el espacio prevertebral se confirma la situación de la aguja por el contacto de ella con vértebra cervical.

Es notable la sencillez técnica, su seguridad e indolencia para el enfermo; como el cirujano toca con el índice las estructuras importantes (vasos gruesos, conducto traqueal) y conoce la situación poco variable del esófago, los elude con seguridad.

*Valor terapéutico de la vía.*—Como complemento de la técnica anterior señalaremos algunas de las indicaciones generales que nos parecen más frecuentes e importantes.

Infiltración para bloqueos dorsales anestésicos o prolongados como elemento terapéutico de la hipertensión (es posible que este procedimiento llegue a descartar las esplenectomías dorsales de tipo de la operación de Smithwick), condiciones espasmódicas irritativas cardiovasculares y pulmonares tipo pectoris, taquicardia paroxística, algunos infartos cardíacos, tratamiento de asma por irritación esplénica o mejoría en las de otro origen. Esplacnitis o irritaciones generalizadas; enfermedad de Buerger. Infiltración de medicamentos estimulantes simpáticos en el tratamiento de choque, colapso y desfallecimiento cardíaco o respiratorio.

Infiltración de antibióticos o antisépticos en casos de infecciones del espacio citado o de la cara anterior de la columna vertebral como profilaxia post-operatoria torácica.

*Vía mediastínica.*—Como se sabe, haciendo la infiltración entre las aponeurosis cervicales media y posterior puede llegar la infiltración, según los volúmenes, al mediastino y a los órganos que contiene. En este sentido, esta vía tan importante, ha sido muy timidamente utilizada. Por ejemplo el Prof. Camilo Lian Catedrático de Cardiología de la Facultad de Medicina de París "menciona la infiltración novocaínica del plexo preaórtico subrayando la rápida pero momentánea o no muy duradera desaparición de las molestias del enfermo (de angina de pecho) que se obtiene por este proceder" (Sesión del 21 de abril de 1949 en la Real Academia de Medicina de Madrid, España); en cambio, nosotros hemos estado obteniendo mejorías completas o al menos muy duraderas de éstos casos, por la infiltración de novocaína como la hacen los car-

## MÉTODOS PREDORSÓVERTEBRALES

diólogos, seguida de alcohol diluido al 25% en volúmenes de 30 a 40 c.c. . . . Aunque por lo descrito son muchas las posibilidades de aprovechamiento terapéutico de estas vías y sobre todo cuando se observa su efectividad y sencillez operatoria, es probable que no sean las únicas y que esta vía con otras de esplanoterapia continúen ayudando a la nueva farmacología endoneurócrina que estamos tratando de ayudar a su creación.

*Valor radiográfico.*—La inyección de medios de contraste en el espacio prevertebral permite obtener radiografías útiles en casos particulares y como registro terapéutico, como ocurrió con las raquígrafías anteriores que presentamos.

La infiltración de sustancias de contraste entre la aponeurosis cervical superficial y media permite la obtención de mediastinografías de contraste, método al que le suponemos posibilidades que la experiencia futura aclarará.

*Resumen y conclusiones.*—Basados en conocimientos anatómicos y comprobaciones en cadáver hemos demostrado clínica y radiográficamente la facilidad de inyectar líquidos en el espacio prevertebral cervico-dorsal por medio de aguja delgada llamada de raquia introducida anteroposteriormente en el ángulo del borde superior de la clavícula con el borde del haz clavicular del esternocleido mastoideo en el sitio exacto elegido fácilmente por la inspección y la palpación digital y confirmar la misma facilidad para la inyección del mediastino a través del espacio cervical medio.

## BIBLIOGRAFIA

Dr. Lian Camilo.—“Nuevos métodos para el tratamiento médico y quirúrgico de la angina de pecho”. Real Ac. Nal. de Med. de Madrid. Sesión 21 de abril 1949.

Dr. López Esnaurrizar.—“Algias abdominales esplánicas” Ac. Mex. de Cir. oct. 1944 México.

“Algias abdominales esplánicas” Jour. of Int. Coll. of Surg. jul. 1946 Chicago.

“Méthode de Récupération Viscérale” Ac. de Chir. 14 de abril 1948 Paris

DR. LÓPEZ ESNAURRÍZAR

"Surgery of Pain" Royal Coll. of Surg. of England 4 may 1948 Londres.

"Blockage of Splachnic Nerves for Relief of Pain and Splanchnic Dystrophy". VI As. Int. Col. Surg. mayo 1948 Roma. Jour. Int. Coll. Surg. Nov. Dic. 1949. Chicago.

"Método terapéutico para el Síndrome Hepaticiano" Soc. Cir. de Córdoba, Argentina.

"Método de Recuperación Visceral" Ac. de Cir. junio 1948 Madrid.

"Tratamiento de la Dismenorrea" 1er. Con. de Gince. 1949 México.

*Matan E. u A. Puglionisi.*—"Lo spazio pervertebral retramediastinico" Miner Chir. IV: 24-679 15 dic. 1949.

COMENTARIOS

El Académico *Dr. Felipe Aceves Zubieta* manifestó que en realidad no sería posible hacer un debido comentario porque lo primero que se necesitaba era experiencia, que el trabajo le parecía sugestivo, que le complacía que el Doctor López Esnaurrizar se haya dedicado a esta cuestión por la posibilidad de llegar a emplear estos métodos que no se han utilizado, y que desde el punto de vista terapéutico es tan importante que debe tomarse en consideración y que para llegar a una conclusión final, desearía que se hiciera un comentario con puntos de vista experimentales, tratando de aprovechar este trabajo. En seguida, el Académico Doctor *José Alcántara Herrera* dijo que se permitía felicitar al Doctor López Esnaurrizar por su interesante trabajo que abre nueva ruta en el horizonte de la terapéutica del simpático y señaló el éxito personal que ha tenido con la pilocarpina, para la taquicardia paroxística en especial con una enferma histerectomizada, y recomienda a los cirujanos que la ensayen.—El Presidente, Académico Doctor *Luis Carrillo Azcárate*, manifestó que el trabajo del Doctor López Esnaurrizar nos ponía al frente de una serie de posibilidades y que, desde el punto de vista ginecológico, le llamó la atención por venir a ayudar, entre otros, en algunos casos vención cruenta sobre el simpático pélvico. Asimismo, manifestó su conformidad con la proposición del Dr. Aceves Zubieta, de señalar un comentarista de trabajo de cirugía experimental.—A continuación tomó la palabra el Académico *Miguel López Esnaurrizar* para manifestar a

las personas que hicieron uso de la palabra que agradecía su comentario y la asistencia tanto de los académicos como de los invitados; y expresó al Doctor Aceves Zubieta que creía que el estudio de la anatomía debe hacerse en tres formas: 1a.—La anatomía en láminas; 2a.—La anatomía estudiada en cadáver; y 3a.—La anatomía quirúrgica, y que creía que ésta es distinta a todas las demás por las condiciones especiales de los tejidos vivo, en su forma, volúmen, color, elasticidad; temperatura; movimientos etc., por lo que creía que debía destacarse y estimular el estudio de la Anatomía Quirúrgica. Manifestó al Dr. Alcántara que continúa la conveniencia de usar primero los métodos habituales de medicina interna pero lo llamaba la atención sobre el hecho de que así los medicamentos actúan sobre todo el organismo y que lo que se busca es darles dirección por lo que creía que sus procedimientos forman un puente de unión entre la terapéutica médica y la quirúrgica.

Terminó con frases de estímulo para sus discípulos los Dres. Luis Vilasana Refugio Chávez y Salvador Sánchez.

"Surgery of Pain" Royal Coll. of Surg. of England 4 may 1948 Londres.

"Blockage of Splachnic Nerves for Relief of Pain and Splanchnic Dystrophy". VI As. Int. Col. Surg. mayo 1948 Roma. Jour. Int. Coll. Surg. Nov. Dic. 1949. Chicago.

"Método terapéutico para el Síndrome Hepaticiano" Soc. Cir. de Córdoba, Argentina.

"Método de Recuperación Visceral" Ac. de Cir. junio 1948 Madrid.

"Tratamiento de la Dismenorrea" 1er. Con. de Gince. 1949 México.

*Matan E. u A. Puglionisi.*—"Lo spazio pervertebral retramediastinico" Miner Chir. IV: 24-679 15 dic. 1949.

### COMENTARIOS

El Académico *Dr. Felipe Aceves Zubieta* manifestó que en realidad no sería posible hacer un debido comentario porque lo primero que se necesitaba era experiencia, que el trabajo le parecía sugestivo, que le complacía que el Doctor López Esnaurrizar se haya dedicado a esta cuestión por la posibilidad de llegar a emplear estos métodos que no se han utilizado, y que desde el punto de vista terapéutico es tan importante que debe tomarse en consideración y que para llegar a una conclusión final, desearía que se hiciera un comentario con puntos de vista experimentales, tratando de aprovechar este trabajo. En seguida, el Académico Doctor *José Alcántara Herrera* dijo que se permitía felicitar al Doctor López Esnaurrizar por su interesante trabajo que abre nueva ruta en el horizonte de la terapéutica del simpático y señaló el éxito personal que ha tenido con la pilocarpina, para la taquicardia paroxística en especial con una enferma histerectomizada, y recomienda a los cirujanos que la ensayen.—El Presidente, Académico Doctor *Luis Carrillo Azcárate*, manifestó que el trabajo del Doctor López Esnaurrizar nos ponía al frente de una serie de posibilidades y que, desde el punto de vista ginecológico, le llamó la atención por venir a ayudar, entre otros, en algunos casos vención cruenta sobre el simpático pélvico. Asimismo, manifestó su conformidad con la proposición del Dr. Aceves Zubieta, de señalar un comentarista de trabajo de cirugía experimental.—A continuación tomó la palabra el Académico *Miguel López Esnaurrizar* para manifestar a



las personas que hicieron uso de la palabra que agradecía su comentario y la asistencia tanto de los académicos como de los invitados; y expresó al Doctor Aceves Zubieta que creía que el estudio de la anatomía debe hacerse en tres formas: 1a.—La anatomía en láminas; 2a.—La anatomía estudiada en cadáver; y 3a.—La anatomía quirúrgica, y que creía que ésta es distinta a todas las demás por las condiciones especiales de los tejidos vivo, en su forma, volúmen, color, elasticidad; temperatura; movimientos etc., por la que creía que debía destacarse y estimular el estudio de la Anatomía Quirúrgica. Manifestó al Dr. Alcántara que continúa la conveniencia de usar primero los métodos habituales de medicina interna pero lo llamaba la atención sobre el hecho de que así los medicamentos actúan sobre todo el organismo y que lo que se busca es darles dirección por lo que creía que sus procedimientos forman un puente de unión entre la terapéutica médica y la quirúrgica.

Terminó con frases de estímulo para sus discípulos los Dres. Luis Vilasana Refugio Chávez y Salvador Sánchez.

## EDITORIAL

### Evolución de Nuevo Concepto Médico Quirúrgico

#### *CLINICA TERAPEUTICA DEL SISTEMA NERVIOSO Y GLANDULAR INTERNOS.*

*Por el Académico Dr. Miguel López Esnaurrizar*

El mundo médico tiene una psicología colectiva particular hecha modularmente para servir lo mejor posible a los demás, a todos los enfermos, contribuyendo según sus oportunidades y capacidades al progreso de la Medicina. Esta labor forma en conjunto un serie de voces y de trabajos que muchas veces pueden decir cosas muy buenas o importantes, pero que es difícil escucharlas o hacerlas oír excepto cuando provienen de sitios o personalidades famosas. Cuando se carece de esta posición y cualidad, la labor necesita ser muy intensa, duradera y de señalado valor intrínseco; pero al mismo tiempo, tranquila, sin otro interés de triunfo que el mejor servicio de los enfermos y el de tratar de honrar a la Escuela, a la Academia o al País al que se debe la educación y formación.

Queremos referirnos a algunos aspectos de un concepto innovador que se ha ido gestando en la Academia Mexicana de Cirugía y que se refiere a la vida interna de los organismos con descubrimientos importantes en el aspecto fisiológico y tal vez trascendentes en el fisiopatológico. Se inicio con la demostración definitiva (1944) de la posibilidad de suprimir los más intensos o prolongados dolores viscera-

les por medio de lo que llamamos bloqueo prolongado de los espláncnicos, labor que muchos sabios habían preparado y entre los cuales, de los más avanzados estaban los del Prof. Félix Mandl cuyos últimos trabajos publicados un poco después (julio de 1947) aportaban hechos y conclusiones análogos, aunque todavía vacilantes o indecisas entre las diferencias del bloqueo transitorio (novocaínico) y el prolongado (con alcohol). En el mismo lapso de los dos trabajos señalados se formaron y fortalecieron otros dos conceptos demostrados por hechos clínicos: el papel del simpático en los espasmos y distrofias vasculares y viscerales "Dolores Mortales" (1947). Nuevo escalón que condujo a un concepto terapéutico de general importancia, que llamamos "Método de recuperación visceral" y que fué la base principal para una serie de conferencias y trabajos llevados a Europa (1948) que solían ofrendarse con plena confianza de su valor con frase que de otro modo podría parecer exagerada o vanidosa: "tales son los hechos importantes, de valor indiscutible que yo someto a vuestro juicio con el deseo de que probéis vosotros mismos estos métodos que os traigo como prueba de afecto y amistad de la cirugía mexicana y americana a su Maestra: la Cirugía de Europa".

Ac. de Chir. de París, Sesión del 14 de abril de 1948).

A pesar del valor necesario para pronunciar estas frases (que sería temerario sino fuera fundado con hechos) hay tantos que han dicho, tantos que han creído de buena fé para resultar a la postre equivocados, que el ambiente tendrá que parecer impasibles o sordo por algún tiempo, hasta que en el curso de los años se vaya sabiendo de quienes supieron oír y probar y cuyos trabajos coincidan o mejoren el original, en cuyos momentos se comenzará a hacer una opinión general, pudiendo llegar al peligroso extremo de exagerar sus virtudes y aplicaciones haciendo perjuicio a lo que debe ser puramente científico y de hombres de bien, tranquilos y desapasionados. Recordemos por ejemplo el mé-

## EDITORIAL

### Evolución de Nuevo Concepto Médico Quirúrgico

#### *CLINICA TERAPEUTICA DEL SISTEMA NERVIOSO Y GLANDULAR INTERNOS.*

*Por el Académico Dr. Miguel López Esnaurrizar*

El mundo médico tiene una psicología colectiva particular hecha modularmente para servir lo mejor posible a los demás, a todos los enfermos, contribuyendo según sus oportunidades y capacidades al progreso de la Medicina. Esta labor forma en conjunto un serie de voces y de trabajos que muchas veces pueden decir cosas muy buenas o importantes, pero que es difícil escucharlas o hacerlas oír excepto cuando provienen de sitios o personalidades famosas. Cuando se carece de esta posición y cualidad, la labor necesita ser muy intensa, duradera y de señalado valor intrínseco; pero al mismo tiempo, tranquila, sin otro interés de triunfo que el mejor servicio de los enfermos y el de tratar de honrar a la Escuela, a la Academia o al País al que se debe la educación y formación.

Queremos referirnos a algunos aspectos de un concepto innovador que se ha ido gestando en la Academia Mexicana de Cirugía y que se refiere a la vida interna de los organismos con descubrimientos importantes en el aspecto fisiológico y tal vez trascendentes en el fisiopatológico. Se inicio con la demostración definitiva (1944) de la posibilidad de suprimir los más intensos o prolongados dolores viscera-

les por medio de lo que llamamos bloqueo prolongado de los espláncnicos, labor que muchos sabios habían preparado y entre los cuales, de los más avanzados estaban los del Prof. Félix Mandl cuyos últimos trabajos publicados un poco después (julio de 1947) aportaban hechos y conclusiones análogos, aunque todavía vacilantes o indecisas entre las diferencias del bloqueo transitorio (novocaínico) y el prolongado (con alcohol). En el mismo lapso de los dos trabajos señalados se formaron y fortalecieron otros dos conceptos demostrados por hechos clínicos: el papel del simpático en los espasmos y distrofias vasculares y viscerales "Dolores Mortales" (1947). Nuevo escalón que condujo a un concepto terapéutico de general importancia, que llamamos "Método de recuperación visceral" y que fué la base principal para una serie de conferencias y trabajos llevados a Europa (1948) que solían ofrendarse con plena confianza de su valor con frase que de otro modo podría parecer exagerada o vanidosa: "tales son los hechos importantes, de valor indiscutible que yo someto a vuestro juicio con el deseo de que probéis vosotros mismos estos métodos que os traigo como prueba de afecto y amistad de la cirugía mexicana y americana a su Maestra: la Cirugía de Europa".

Ac. de Chir. de París, Sesión del 14 de abril de 1948).

A pesar del valor necesario para pronunciar estas frases (que sería temerario sino fuera fundado con hechos) hay tantos que han dicho, tantos que han creído de buena fé para resultar a la postre equivocados, que el ambiente tendrá que parecer impasibles o sordo por algún tiempo, hasta que en el curso de los años se vaya sabiendo de quienes supieron oír y probar y cuyos trabajos coincidan o mejoren el original, en cuyos momentos se comenzará a hacer una opinión general, pudiendo llegar al peligroso extremo de exagerar sus virtudes y aplicaciones haciendo perjuicio a lo que debe ser puramente científico y de hombres de bien, tranquilos y desapasionados. Recordemos por ejemplo el mé-

todo de Bogomoletz que dió demasiada ilusión hasta inspirar la esperanza del rejuvenecimiento, que la realidad lleva hasta el injusto límite del desprecio.

Apenas han transcurrido dos años de nuestros trabajos en Europa: no es tiempo todavía de que las semillas sembradas comiencen a fructificar pero ya se ven algunos brotes.

Tres meses después el Prof. René Leriche (el genial Maestro) publicó un trabajo en el que habla de la posibilidad de "revitalizar" las glándulas paratiroides por medio de la simpatectomía cervical (término e idea de gran analogía con nuestra idea de recuperación visceral).

Desde 1947 explicando la fisiopatología del esplácnico dijimos en nuestro libro "Dolores Mortales" de la importancia de las distrofias y presentamos pruebas del mecanismo funcional del simpático semejante a unidad. Una de sus aplicaciones constituyó la posibilidad de obrar sobre los trastornos de la circulación encefálica por medio de los bloqueos simpáticos cervicales, lográndose frecuentes teatrales mejorías en casos de ictus cerebrales recientes; todavía en septiembre de 1949 propusimos este recurso a un neurólogo, negándonosnos autorización para efectuarlo por desconocer el especialista el método. Simultáneamente en Estados Unidos, médicos como Getz de Takats emplearon el método con los mismos frecuentes sorprendentes buenos resultados, reflejándose estos trabajos en México al grado de que el mismo neurologista mencionado se ufane ahora de sus éxitos obtenidos en México.

El Prof. René Fontaine, eminente médico y amigo, al que visitamos en Estrasburgo en 1948 y a quien hicimos especial énfasis del éxito del tratamiento de las úlceras del estómago por medio de nuestro método de recuperación visceral, no recordando ahora nuestras informaciones ni tampoco nuestros trabajos en la Academia de Cirugía de París, escribe en el Journal International de Chirurgie



(9: 321, 1949)

"nos hemos sorprendido de las notables curaciones de úlceras gástricas por medio de las infiltraciones paravertebrales repetidas"

de una manera o de otra comienza a circular la idea de nuestro método. Otros trabajos de otros autores

W. Baumgarther "La esplanicotomía por vía transpleural en doscópica de Kux; nuevo procedimiento de tratamiento de las úlceras gástricas duodenales" W. Med. Woch. 21-22 mayo 1949)

refieren estadística de curaciones de úlceras por medio de simpaticotomías por vía pleuroscópica.

En otro aspecto el Dr. F. Rabboni, Instituto de Clínica Quirúrgica General de la Universidad de Palermo, Italia, publica un trabajo que titula "Tratamiento de la diabetes con alcoholización bilateral de los nervios espláncnicos,

en el

(Jour. Int. Coll. Surg. XVIII: 3,312 marzo 1950)

que desconociendo nuestro trabajo similar anterior llega a conclusiones parecidas a las que obtuvimos nosotros y publicamos en 1947 y 1948.

Por último como si faltara una prueba más de las bases lógicas de nuestros trabajos mencionaremos otro aparecido casi simultáneamente al nuestro (uno o dos meses después) del Dr. Simón L. Ruskin "Un nuevo concepto de la artritis y el tratamiento por el bloqueo simpático del ganglio esfenopalatino

(The Am. Jour. of Dig. Dis. noviembre 1949),

en el que se relatan mejorías de este padecimiento; como se sabe nosotros obtenemos curaciones y mejorías por bloqueos espláncnicos; la diferencia de niveles no es de mayor importancia desde que hemos demostrado que la función simpática es en cierta forma unitaria, como si fuera un ser dentro del ser.

Ante progreso de tan general importancia, en el que continuamos

todo de Bogomoletz que dió demasiada ilusión hasta inspirar la esperanza del rejuvenecimiento, que la realidad lleva hasta el injusto límite del desprecio.

Apenas han transcurrido dos años de nuestros trabajos en Europa: no es tiempo todavía de que las semillas sembradas comiencen a fructificar pero ya se ven algunos brotes.

Tres meses después el Prof. René Leriche (el genial Maestro) publicó un trabajo en el que habla de la posibilidad de "revitalizar" las glándulas paratiroides por medio de la simpatectomía cervical (término e idea de gran analogía con nuestra idea de recuperación visceral).

Desde 1947 explicando la fisiopatología del esplácnico dijimos en nuestro libro "Dolores Mortales" de la importancia de las distrofias y presentamos pruebas del mecanismo funcional del simpático semejante a unidad. Una de sus aplicaciones constituyó la posibilidad de obrar sobre los trastornos de la circulación encefálica por medio de los bloqueos simpáticos cervicales, lográndose frecuentes teatrales mejorías en casos de ictus cerebrales recientes; todavía en septiembre de 1949 propusimos este recurso a un neurólogo, negándonosnos autorización para efectuarlo por desconocer el especialista el método. Simultáneamente en Estados Unidos, médicos como Getz de Takats emplearon el método con los mismos frecuentes sorprendentes buenos resultados, reflejándose estos trabajos en México al grado de que el mismo neurologista mencionado se ufane ahora de sus éxitos obtenidos en México.

El Prof. René Fontaine, eminente médico y amigo, al que visitamos en Estrasburgo en 1948 y a quien hicimos especial énfasis del éxito del tratamiento de las úlceras del estómago por medio de nuestro método de recuperación visceral, no recordando ahora nuestras informaciones ni tampoco nuestros trabajos en la Academia de Cirugía de París, escribe en el Journal International de Chirurgie

(9: 321, 1949)

"nos hemos sorprendido de las notables curaciones de úlceras gástricas por medio de las infiltraciones paravertebrales repetidas"

de una manera o de otra comienza a circular la idea de nuestro método. Otros trabajos de otros autores

W. Baumgarther "La esplanicotomía por vía transpleural en doscópica de Kux; nuevo procedimiento de tratamiento de las úlceras gástricas duodenales" W. Med. Woch. 21-22 mayo 1949)

refieren estadística de curaciones de úlceras por medio de simpaticotomías por vía pleuroscópica.

En otro aspecto el Dr. F. Rabboni, Instituto de Clínica Quirúrgica General de la Universidad de Palermo, Italia, publica un trabajo que titula "Tratamiento de la diabetes con alcoholización bilateral de los nervios espláncnicos,

en el

(Jour. Int. Coll. Surg. XVIII: 3,312 marzo 1950)

que desconociendo nuestro trabajo similar anterior llega a conclusiones parecidas a las que obtuvimos nosotros y publicamos en 1947 y 1948.

Por último como si faltara una prueba más de las bases lógicas de nuestros trabajos mencionaremos otro aparecido casi simultáneamente al nuestro (uno o dos meses después) del Dr. Simón L. Ruskin "Un nuevo concepto de la artritis y el tratamiento por el bloqueo simpático del ganglio esfenopalatino

(The Am. Jour. of Dig. Dis. noviembre 1949),

en el que se relatan mejorías de este padecimiento; como se sabe nosotros obtenemos curaciones y mejorías por bloqueos espláncnicos; la diferencia de niveles no es de mayor importancia desde que hemos demostrado que la función simpática es en cierta forma unitaria, como si fuera un ser dentro del ser.

Ante progreso de tan general importancia, en el que continuamos

trabajando desde hace 6 años, es natural que su universal divulgación y aceptación se tome algún tiempo, pasando como ya se ha hecho de la experiencia y crítica personal a la de la Academia Mexicana de Cirugía y en lo personal sus académicos para seguir el mismo camino en las instituciones científicas quirúrgicas del extranjero.

A todos mostramos nuestro probado desinterés que no sea el del beneficio de los enfermos y el de la divulgación de nuestros métodos para devoto homenaje a la Academia y a nuestro País. Aceptamos que sólo la corroboración de nuestros trabajos y doctrinas en todos los centros quirúrgicos del mundo podrán dar una validéz universal y clásica a estos trabajos, que, creemos marcan nuevos rumbos a la Medicina y a la Cirugía, en un lazo de unión más estrecho.

Confiamos que la aparición de nuestro libro en preparación "Cirugía endoneurócrina" contribuya con nuevas pruebas a la solidez del nuevo concepto.

# NEO-VINA



**NEO-VINA** EN TODAS SUS FORMAS **GRIPPE**  
PARA TODAS LAS FORMAS DE

trabajando desde hace 6 años, es natural que su universal divulgación y aceptación se tome algún tiempo, pasando como ya se ha hecho de la experiencia y crítica personal a la de la Academia Mexicana de Cirugía y en lo personal sus académicos para seguir el mismo camino en las instituciones científicas quirúrgicas del extranjero.

A todos mostramos nuestro probado desinterés que no sea el del beneficio de los enfermos y el de la divulgación de nuestros métodos para devoto homenaje a la Academia y a nuestro País. Aceptamos que sólo la corroboración de nuestros trabajos y doctrinas en todos los centros quirúrgicos del mundo podrán dar una validéz universal y clásica a estos trabajos, que, creemos marcan nuevos rumbos a la Medicina y a la Cirugía, en un lazo de unión más estrecho.

Confiamos que la aparición de nuestro libro en preparación "Cirugía endoneurócrina" contribuya con nuevas pruebas a la solidez del nuevo concepto.

# NEO-VINA



**NEO-VINA** EN TODAS SUS FORMAS **GRIPPE**  
PARA TODAS LAS FORMAS DE





THE  
LIBRARY  
OF THE  
BIBLIOTHECA  
MUSEI  
HISTORICO-NATURALIS  
ROMAE

# CIRUJANOS

## DIRECTOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Dr. José Castro Villagrana, Académico Fundador. Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía 1942-1944 fué designado Director de la Facultad de Medicina U. N. A. para el periodo 1950-1953.

El Dr. Castro Villagrana uno de los más destacados académicos, de vigorosa personalidad, es Autor de importantes trabajos académicos y su gestión como Presidente fué muy brillante; durante su periodo instituyó las sesiones de intercambio con Sociedades Quirúrgicas del País y logró la edición de importantes libros de la Academia. A su labor se debe principalmente la organización científica quirúrgica principalmente de la traumatología, en el Hospital Juárez, nosocomio al que ha servido con la mayor eficacia e intensidad. Ha promovido constantes relaciones quirúrgicas con el extranjero, ya invitando a relevantes personalidades a México o haciendo frecuentes y largos viajes al extranjero los que a su vez, le han dado mucho prestigio internacional. Como catedrático ha influido sobre numerosas generaciones de estudiantes a las que inculca una de sus divisas: "El trabajo quirúrgico en colaboración". Profesionalmente es un cirujano de gran actividad tanto en la Asistencia Pública como en la práctica privada. Su especial habilidad organizadora le auguran el mayor éxito en la Dirección de la Facultad.



NEW-YORK  
JANUARY

# CIRUJANOS

## DIRECTOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Dr. José Castro Villagrana, Académico Fundador. Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía 1942-1944 fué designado Director de la Facultad de Medicina U. N. A. para el periodo 1950-1953.

El Dr. Castro Villagrana uno de los más destacados académicos, de vigorosa personalidad, es Autor de importantes trabajos académicos y su gestión como Presidente fué muy brillante; durante su periodo instituyó las sesiones de intercambio con Sociedades Quirúrgicas del País y logró la edición de importantes libros de la Academia. A su labor se debe principalmente la organización científica quirúrgica principalmente de la traumatología, en el Hospital Juárez, nosocomio al que ha servido con la mayor eficacia e intensidad. Ha promovido constantes relaciones quirúrgicas con el extranjero, ya invitando a relevantes personalidades a México o haciendo frecuentes y largos viajes al extranjero los que a su vez, le han dado mucho prestigio internacional. Como catedrático ha influido sobre numerosas generaciones de estudiantes a las que inculca una de sus divisas: "El trabajo quirúrgico en colaboración". Profesionalmente es un cirujano de gran actividad tanto en la Asistencia Pública como en la práctica privada. Su especial habilidad organizadora le auguran el mayor éxito en la Dirección de la Facultad.



*Académico Fundador. Ex-Presidente (1942-44).  
Dr. Don José Castro Villagrana.  
Director de la Facultad de Medicina.  
1950-1954.*

## CIRUJANOS

### "TRATAMIENTO DE LA DIABETES CON ALCOHOLIZACION BILATERAL DE LOS NERVIOS ESPLÁCNICOS"

*Por el Académico Dr. Miguel López Esnaurrizar.*

El Dr. F. Rabboni, del Instituto de Clínica Quirúrgica General de la Universidad de Palermo, Italia, publica en el Journal of the International College of Surgeons (Vol. XVIII No. 3 pág. 312, marzo de 1950) interesante artículo con este título que resume así: "El autor comunica los resultados de sus investigaciones preliminares con el bloqueo alcohólico anestésico bilateral de los nervios esplácnicos en el tratamiento de los pacientes diabéticos con hipertensión asociada. Esta técnica determina un descenso en la glicemia y también una baja en la presión sanguínea en la mayoría de los casos (9 de cada 12). Las investigaciones ulteriores determinarán si los bloqueos repetidos son un medio de dominar permanentemente estos síntomas. Los resultados obtenidos hasta la fecha aunque excelentes, han sido temporales".

Como ni en el texto ni en la bibliografía se mencionan nuestros trabajos similares iniciados hace cinco años, enviamos al Dr. Rabboni la siguiente carta:

Sr. Dr. F. Rabboni, A. J. C. S.  
Universidad de Palermo  
Italia.

Muy distinguido colega:

Tuve mucho gusto en leer su muy importante artículo "Treatment of Diabetes with Bilateral Alcoholization of the Splanchnic Nerves" que



*Académico Fundador. Ex-Presidente (1942-44).  
Dr. Don José Castro Villagrana.  
Director de la Facultad de Medicina.  
1950-1954.*



## CIRUJANOS

### "TRATAMIENTO DE LA DIABETES CON ALCOHOLIZACION BILATERAL DE LOS NERVIOS ESPLÁCNICOS"

*Por el Académico Dr. Miguel López Esnaurrizar.*

El Dr. F. Rabboni, del Instituto de Clínica Quirúrgica General de la Universidad de Palermo, Italia, publica en el Journal of the International College of Surgeons (Vol. XVIII No. 3 pág. 312, marzo de 1950) interesante artículo con este título que resume así: "El autor comunica los resultados de sus investigaciones preliminares con el bloqueo alcohólico anestésico bilateral de los nervios esplácnicos en el tratamiento de los pacientes diabéticos con hipertensión asociada. Esta técnica determina un descenso en la glicemia y también una baja en la presión sanguínea en la mayoría de los casos (9 de cada 12). Las investigaciones ulteriores determinarán si los bloqueos repetidos son un medio de dominar permanentemente estos síntomas. Los resultados obtenidos hasta la fecha aunque excelentes, han sido temporales".

Como ni en el texto ni en la bibliografía se mencionan nuestros trabajos similares iniciados hace cinco años, enviamos al Dr. Rabboni la siguiente carta:

Sr. Dr. F. Rabboni, A. J. C. S.  
Universidad de Palermo  
Italia.

Muy distinguido colega:

Tuve mucho gusto en leer su muy importante artículo "Treatment of Diabetes with Bilateral Alcoholization of the Splanchnic Nerves" que

apareció en el núm. de marzo 1950 del "Journal of the Int. Coll. of Surg".

Le felicito sinceramente por sus resultados y deseo continúe sus observaciones que están de acuerdo con los que yo he estado obteniendo desde hace varios años. Le ruego con la mayor amistad que se sirva tomar nota de que con anterioridad he obtenido los mismos felices resultados y que poseo la siguiente bibliografía que le agradeceré consultar y rogarle que por ser de justicia, reconozca la prioridad de mis trabajos:

Libro "Dolores Mortales" Ed. Uteha México 1947 pág. 36 "La alcoholización como medio de tratamiento de ciertas diabetes pancreáticas ha sido motivo de interesantes estudios"... "Nosotros hemos empleado el bloqueo simple con resultados tan prolongadamente satisfactorios que ni nosotros ni los enfermos hemos decidido operar".

Academie de Chirurgie de Paris. Sesión del 14 de abril de 1948. Publicación "Mém. de l'Academie de Chirurgie" Tomo 74 Nos. 11 y 12 pág. 305. "Méthode de récupération viscérale" párrafo "Diabetes pancréatiques" y "Technique" que dice: "Le malade doit être mis en position de décubitus abdominal. Lorsque nous recherchons des effets prolongés, nous injectons jusqu'à 10 c.c. d'alcool de chaque cote".

Royal College of Surgeons of England. 4 de mayo 1948. Annals of the Roy. Coll. of Surg. of Eng. Vol. 4 Núm. 3 marzo 1949 pág. 193 "Details were given of cases of diabetes mellitus treated by this method. The glycosuria disappeared and the blood sugar became normal".

Roma, Italia. 6a. Asamblea Internacional del Colegio Internacional de Cirujanos. Mayo 18, 1948, sesión presidida por el Prof. Dogliotti y por mí; presencia de 200 congresistas, muchos eminentes italianos; Journal of the Int. Coll. of Surg. nov. dic. 1949 Vol. XII No. 6 pág. 846 párrafo Diabetes Mellitus" pág. 847.

"Método de Recuperación Visceral" Ac. de Cir. de Madrid, 9 junio 1948. "Cir. y Cir." Méx. Tomo XVI No. 8 pág. 302 párrafo "Diabetes pancreática" pág. 305.

Seguro de su caballerosa futura actitud y con el deseo de su amistad le envío por separado como obsequio un ejemplar del libro "Dolores Mortales" y dentro de pocos meses el que está en preparación "Cirugía endoneurócrina" en el que consta la experiencia de 5 años del método.

Reciba cordial saludo.

Prof. Dr. Miquel López Esnaurrizar.

En lo que respecta a la prioridad que nos corresponde, el Dr. Rabboni muestra su buena disposición a no reclamarla para sí definitivamente, cuando en un párrafo dice: "Yo he ejecutado este procedimiento bilateralmente, lo que, *que yo sepa, no ha sido practicado hasta ahora por ningún otro cirujano*". Nosotros tenemos precedencia con pruebas que en la carta enviada se resúmen, y que el Dr. Rabboni no tardará en reconocer.

Lo importante para los enfermos, es que otro cirujano coincide y confirma así nuestros trabajos sobre el punto. Nos parece además, que no hemos perdido de todo el tiempo y que cinco años nos proporcionan todavía alguna ventaja: nuestra estadística es mayor y desde luego observaciones ya prolongadas que nos permiten ser más afirmativos. Técnicamente, desde hace tiempo preferimos la posición de decúbito a la sentada que todavía usa el Dr. Rabbosi, lo que nos ha evitado accidentes graves y aún mortales (que hemos sabido de otros cirujanos) emanados principalmente de la baja de tensión sanguínea con repercusión encefálica; hemos encontrado el medio de evitar la neuritis de las raíces raquídeas que tantas desazones causan cuando no se usa nuestra actual técnica, etc.

En el sentido doctrinario estamos en condiciones de comprender porqué la hipertensión suele acompañar a la diabetes: porque ambas suelen ser de origen hiperesplácnico y éstas son las que mejoran y curan por la esplacnoterapia; este conocimiento previo puede mejorar, como desea las estadísticas. Este hermoso capítulo, muy importante, no es tal vez el más importante de nuestro Método de Recuperación Visceral, formado también de otros importantísimos. Nuestro próximo libro "Cirugía endoneurócrina" originales casi terminados, mostrará actuales adelantos.

¡Cuánto deseamos que los hechos sean aceptados como tales y que la cordial acogida que la Academia Mexicana de Cirugía ha dispensado a nuestros trabajos, unida a la de varios médicos de elevadas miras, se generalice para lo que deseo y espero sea para honra de la cirugía Mexicana y alivio de los enfermos!

—oOo—

N. B. El Dr. Rabboni tuvo ya la gentileza que mucho le honra de reconocer la prioridad de nuestros trabajos, explicando que sólo revisó literatura hasta 1947.

apareció en el núm. de marzo 1950 del "Journal of the Int. Coll. of Surg".

Le felicito sinceramente por sus resultados y deseo continúe sus observaciones que están de acuerdo con los que yo he estado obteniendo desde hace varios años. Le ruego con la mayor amistad que se sirva tomar nota de que con anterioridad he obtenido los mismos felices resultados y que poseo la siguiente bibliografía que le agradeceré consultar y rogarle que por ser de justicia, reconozca la prioridad de mis trabajos:

Libro "Dolores Mortales" Ed. Uteha México 1947 pág. 36 "La alcoholización como medio de tratamiento de ciertas diabetes pancreáticas ha sido motivo de interesantes estudios"... "Nosotros hemos empleado el bloqueo simple con resultados tan prolongadamente satisfactorios que ni nosotros ni los enfermos hemos decidido operar".

Academie de Chirurgie de Paris. Sesión del 14 de abril de 1948. Publicación "Mém. de l'Academie de Chirurgie" Tomo 74 Nos. 11 y 12 pág. 305. "Méthode de récupération viscérale" párrafo "Diabetes pancréatiques" y "Technique" que dice: "Le malade doit être mis en position de décubitus abdominal. Lorsque nous recherchons des effets prolongés, nous injectons jusqu'à 10 c.c. d'alcool de chaque cote".

Royal College of Surgeons of England. 4 de mayo 1948. Annals of the Roy. Coll. of Surg. of Eng. Vol. 4 Núm. 3 marzo 1949 pág. 193 "Details were given of cases of diabetes mellitus treated by this method. The glycosuria disappeared and the blood sugar became normal".

Roma, Italia. 6a. Asamblea Internacional del Colegio Internacional de Cirujanos. Mayo 18, 1948, sesión presidida por el Prof. Dogliotti y por mí; presencia de 200 congresistas, muchos eminentes italianos; Journal of the Int. Coll. of Surg. nov. dic. 1949 Vol. XII No. 6 pág. 846 párrafo Diabetes Mellitus" pág. 847.

"Método de Recuperación Visceral" Ac. de Cir. de Madrid, 9 junio 1948. "Cir. y Cir." Méx. Tomo XVI No. 8 pág. 302 párrafo "Diabetes pancreática" pág. 305.

Seguro de su caballerosa futura actitud y con el deseo de su amistad le envío por separado como obsequio un ejemplar del libro "Dolores Mortales" y dentro de pocos meses el que está en preparación "Cirugía endoneurócrina" en el que consta la experiencia de 5 años del método.

Reciba cordial saludo.

Prof. Dr. Miguej López Esnaurrizar.

En lo que respecta a la prioridad que nos corresponde, el Dr. Rabboni muestra su buena disposición a no reclamarla para sí definitivamente, cuando en un párrafo dice: "Yo he ejecutado este procedimiento bilateralmente, lo que, *que yo sepa, no ha sido practicado hasta ahora por ningún otro cirujano*". Nosotros tenemos precedencia con pruebas que en la carta enviada se resúmen, y que el Dr. Rabboni no tardará en reconocer.

Lo importante para los enfermos, es que otro cirujano coincide y confirma así nuestros trabajos sobre el punto. Nos parece además, que no hemos perdido de todo el tiempo y que cinco años nos proporcionan todavía alguna ventaja: nuestra estadística es mayor y desde luego observaciones ya prolongadas que nos permiten ser más afirmativos. Técnicamente, desde hace tiempo preferimos la posición de decúbito a la sentada que todavía usa el Dr. Rabbosi, lo que nos ha evitado accidentes graves y aún mortales (que hemos sabido de otros cirujanos) emanados principalmente de la baja de tensión sanguínea con repercusión encefálica; hemos encontrado el medio de evitar la neuritis de las raíces raquídeas que tantas desazones causan cuando no se usa nuestra actual técnica, etc.

En el sentido doctrinario estamos en condiciones de comprender porqué la hipertensión suele acompañar a la diabetes: porque ambas suelen ser de origen hiperesplácnico y éstas son las que mejoran y curan por la esplacnoterapia; este conocimiento previo puede mejorar, como desea las estadísticas. Este hermoso capítulo, muy importante, no es tal vez el más importante de nuestro Método de Recuperación Visceral, formado también de otros importantísimos. Nuestro próximo libro "Cirugía endoneurócrina" originales casi terminados, mostrará actuales adelantos.

¡Cuánto deseamos que los hechos sean aceptados como tales y que la cordial acogida que la Academia Mexicana de Cirugía ha dispensado a nuestros trabajos, unida a la de varios médicos de elevadas miras, se generalice para lo que deseo y espero sea para honra de la cirugía Mexicana y alivio de los enfermos!

—oOo—

N. B. El Dr. Rabboni tuvo ya la gentileza que mucho le honra de reconocer la prioridad de nuestros trabajos, explicando que sólo revisó literatura hasta 1947.

## NOTICIAS

### VISITA DEL Dr. CLAUDE BECLERE

El muy distinguido ginecólogo endocrinólogo de la Facultad de París hizo importante visita a México y a la Academia de Cirugía. Tal visita renovó y fortaleció el cariño y admiración que existe en México por la Cirugía Francesa, estimulando anhelos de colaboración latina. Asistió como invitado de honor a la Sesión Académica del 25 de abril en la que el Dr. José García Noriega presentó muy interesante trabajo bellamente ilustrado con diagramas y una película y en seguida el Dr. Beclère disertó sobre el tema "Diagnóstico oportuno del cáncer del cuello uterino" en el que demostró la frecuencia de la forma inicial intracervical (28 a 30%) y la manera de diagnosticarlos por medio de la biopsia intracervical. En la noche se sirvió un banquete en su honor y en el de su culta y bella esposa en donde se cambiaron discursos de fraternidad y propósitos definidos de más intensa colaboración y visitas mutuas.

#### *Sociedad Francesa de Historia de la Medicina.*

El 4 de marzo de 1950 efectuó Sesión en la que el Dr. Laignel-Lavastine presentó del Dr. Alcántara Herrera un resumen histórico de las primeras ligaduras arteriales hechas en México y que apareció en el número de diciembre 1949 de "Cirugía y Cirujanos". Nuestros agradecimientos al admirado amigo Dr. Laignel-Lavastine por esta prueba más de interés y simpatía por los trabajos mexicanos, ayudando a su conocimiento y difusión en el extranjero.

#### *La exploración funcional de las suprarrenales.*

"Minerva Chirurgica" (V, I: 1 enero 1950) hace resumen del trabajo del Dr. Manuel A. Manzanilla, publicada en "Cirugía y Cirujanos" (XVI: No. 9, sept. 1948).

*Nueva Revista.* Ha llegado a nuestra mesa el primer ejemplar de la nueva Revista "Angiology", editada por Saúl S. Samuels (The Williams & Wilkins Co., Baltimore, E. U.) dedicada a los padecimientos vasculares. Felicita-



## NOTICIAS

mos cordialmente a los editores, deseamos larga y fructuosa vida a la Revista y les sugerimos den cabida entre sus Editores Asociados a algún representante sud-americano, países entre los que hay mucho importante que dar a conocer, inclusive progresos técnicos sobre trabajos iniciales del Dr. Samuels.

### CARTA AL PROFESOR RENE FONTAINE

Prof. René Fontaine.  
Strasburg, France.

Le 22 avril 1950

*Mon Cher ami Professeur Fontaine,*

*Je garde le plus profond souvenir de ma visite que je vous ai faite il y a deux ans, et mon admiration que j'ai eu vers vous est pleinement justifiée.*

*Je viens de lire votre article publié dans le "Jour. Inter. de Chir". (Brux. 1949. 9 321) dans lequel vous dites que vous avez vu avec surprise la guérison de certaines ulcères de l'estomac par les infiltrations paravertébrales répétées. Je vous félicite pour ce commencement, car il y a deux ans, Je vous ai recommandé moi même avec enthousiasme avec des observations plus générales et décisives que j'avais déjà publié dans mon livre "Dolores Mortales" et que dans de nombreuses conférences que j'ai faites dans plusieurs pays le 14 avril 1949 ("Mem. de l'Ac. de Chir". 74: 12. 304-307). Paris.*

*Je vous invite a persister sur ce chemie, de ne pas oublier les travaux que je vous enverrai spécialement et qui s'intitulent "La Medicina Psicosomática y el Tratamiento de la Ulcera del Estómago". Je vous le ratifierai et commenterai a fonds et surement il vous permettra de vous rappeler que j'ai fait mon voyage pour des fins scientifiques pour que l'on connaisse ma méthode de récupération viscerale et dans lequel ulcères de l'estomac forment un joli travail qui maintenant s'est beacoup amélioré.*

*J'aurai beacoup de plaisir a ces que vous revisiez mes travaux antérieurs et soyez assez aimable de ma faire justice, de reconnaître le mérite de la priorité.*

*Veuillez agréer Monsieur le Professeur mes solutations les plus empressées aux quelle se joignent ma femme, pour vous et Madame Fontaine*

*Prof. M. López Esnaurrizar.*



## NOTICIAS

### VISITA DEL Dr. CLAUDE BECLERE

El muy distinguido ginecólogo endocrinólogo de la Facultad de París hizo importante visita a México y a la Academia de Cirugía. Tal visita renovó y fortaleció el cariño y admiración que existe en México por la Cirugía Francesa, estimulando anhelos de colaboración latina. Asistió como invitado de honor a la Sesión Académica del 25 de abril en la que el Dr. José García Noriega presentó muy interesante trabajo bellamente ilustrado con diagramas y una película y en seguida el Dr. Beclère disertó sobre el tema "Diagnóstico oportuno del cáncer del cuello uterino" en el que demostró la frecuencia de la forma inicial intracervical (28 a 30%) y la manera de diagnosticarlos por medio de la biopsia intracervical. En la noche se sirvió un banquete en su honor y en el de su culta y bella esposa en donde se cambiaron discursos de fraternidad y propósitos definidos de más intensa colaboración y visitas mutuas.

#### *Sociedad Francesa de Historia de la Medicina.*

El 4 de marzo de 1950 efectuó Sesión en la que el Dr. Laignel-Lavastine presentó del Dr. Alcántara Herrera un resumen histórico de las primeras ligaduras arteriales hechas en México y que apareció en el número de diciembre 1949 de "Cirugía y Cirujanos". Nuestros agradecimientos al admirado amigo Dr. Laignel-Lavastine por esta prueba más de interés y simpatía por los trabajos mexicanos, ayudando a su conocimiento y difusión en el extranjero.

#### *La exploración funcional de las suprarrenales.*

"Minerva Chirurgica" (V, I: 1 enero 1950) hace resumen del trabajo del Dr. Manuel A. Manzanilla, publicada en "Cirugía y Cirujanos" (XVI: No. 9, sept. 1948).

*Nueva Revista.* Ha llegado a nuestra mesa el primer ejemplar de la nueva Revista "Angiology", editada por Saúl S. Samuels (The Williams & Wilkins Co., Baltimore, E. U.) dedicada a los padecimientos vasculares. Felicita-

## NOTICIAS

mos cordialmente a los editores, deseamos larga y fructuosa vida a la Revista y les sugerimos den cabida entre sus Editores Asociados a algún representante sud-americano, países entre los que hay mucho importante que dar a conocer, inclusive progresos técnicos sobre trabajos iniciales del Dr. Samuels.

### CARTA AL PROFESOR RENE FONTAINE

Prof. René Fontaine.  
Strasburg, France.

Le 22 avril 1950

*Mon Cher ami Professeur Fontaine,*

*Je garde le plus profond souvenir de ma visite que je vous ai faite il y a deux ans, et mon admiration que j'ai eu vers vous est pleinement justifiée.*

*Je viens de lire votre article publié dans le "Jour. Inter. de Chir". (Brux. 1949. 9 321) dans lequel vous dites que vous avez vu avec surprise la guérison de certaines ulcères de l'estomac par les infiltrations paravertébrales répétées. Je vous félicite pour ce commencement, car il y a deux ans, Je vous ai recommandé moi même avec enthousiasme avec des observations plus générales et décisives que j'avais déjà publié dans mon livre "Dolores Mortales" et que dans de nombreuses conférences que j'ai faites dans plusieurs pays le 14 avril 1949 ("Mem. de l'Ac. de Chir". 74: 12. 304-307). Paris.*

*Je vous invite a persister sur ce chemie, de ne pas oublier les travaux que je vous enverrai spécialement et qui s'intitulent "La Medicina Psicosomática y el Tratamiento de la Ulcera del Estómago". Je vous le ratifierai et commenterai a fonds et surement il vous permettra de vous rappeler que j'ai fait mon voyage pour des fins scientifiques pour que l'on connaisse ma méthode de récupération viscerale et dans lequel ulcères de l'estomac forment un joli travail qui maintenant s'est beacoup amélioré.*

*J'aurai beacoup de plaisir a ces que vous revisiez mes travaux antérieurs et soyez assez aimable de ma faire justice, de reconnaître le mérite de la priorité.*

*Veuillez agréer Monsieur le Professeur mes solutations les plus empressées aux quelle se joignent ma femme, pour vous et Madame Fontaine*

*Prof. M. López Esnaurrizar.*

# REVISTA DE PRENSA

AÑO XVIII

ABRIL 1950

NUM. 4

"Injertos de hueso homogéneo conservado" M. Velasco Zimbrón. Ac. de Chir. 22 feb. 1950. "Desde noviembre de 1947, 28 intervenciones de injerto de hueso homogéneo conservado por congelación ha practicado con resultados muy satisfactorios, llevando en particular una tolerancia de 97,6 p. 100. El injerto demuestra cualidades biológicas y clínicas iguales a las de los injertos autógenos. Algunas biopsias han podido verificar su rehabilitación perfecta. El método ofrece, además, muchas ventajas: supresión de la extracción del injerto sobre el enfermo, acortamiento y simplificación del acto operatorio" Press. Med. 4 marzo de 1950.

Comentario.—Estos resultados y estas frases optimistas son muy parecidas a las nuestras en nuestros trabajos de osteoinjertos heterogéneos publicados en 1940 y 1941. Concluimos que los resultados son tan buenos con el "os purum" que nosotros usamos desde entonces y el hueso congelado. Es una rectificación del A. contra el autoinjerto que con seis años de experiencia sigue el camino real y lógico.

M. L. E.

"El estado actual de la simpatectomía en el tratamiento de las enfermedades vasculares" Gerald H. Pratt. Angiology I: 1, 9 feb. 1950.

Conclusiones.—"Los padecimientos arteriales continúan siendo los mayores causantes de mortalidad fuera de epidemias o guerras y con lo que la medicina moderna necesita luchar.

El complejo sistema simpático con su sobre actividad en estos padecimientos toma parte en el aumento de la morbilidad y de la mortalidad.

La interrupción de la actividad de este sistema cuando es ejecutado en tiempo oportuno ayuda al alivio de estas lesiones. No es un "cúralo-todo" pero es un paso adelante.

Ciertas lesiones responden rápidamente y las observaciones son descritas. Ninguna de las drogas usadas generalmente con simpaticolítica o adrenolítica acción se han encontrado tan efectivas como la simpatectomía quirúrgica. La experiencia de la simpatectomía en el síndrome posttrombótico con resultados satisfactorios se relatan".

Comentario.—Es notable la universal aceptación de la irritación simpática como factor predominante de estos padecimientos. Sin embargo, las ventajas enormes de la cirugía química y la esplanoterapia no son todavía conocidas por el Autor. Es por esto muy importante que la voz mexicana sea más

escuchada porque más tarde o más temprano será evidente para todo el mundo su ventaja y beneficio que no es aveturado afirmar que acabará con la cirugía abierta del simpático.

M. L. E.

*"Cirugía de las suprarrenales" René Fontaine y colaboradores. J. internat chir., 1949, 9: 321.*

Transcribimos solamente: "La experiencia de los autores ha ganado mucho entusiasmo a propósito de la úlcera; ha sido en las úlceras gástricas altas sobre la porción vertical de la pequeña curvatura en los que repetidas infiltraciones espláncnicas han mostrado sorprendentemente buenos resultados. Esta operación bien puede tener lugar en vez de la vagotomía y disminuyendo resecciones gástricas ampliadas".

Comentario.—Aunque nos sorprende la sorpresa del Dr. Fontaine, buen amigo nuestro, en cambio no nos sorprenden sus resultados. El 10 de octubre de 1944 dijimos en la Ac. Mex. de Cir. que el *ulcus rodens* mejora notablemente con la alcoholización del espláncico; en nuestro libro "Dolores Mortales" 1947 pág. 29 dijimos "Las úlceras del estómago o del duodeno, especialmente y el síndrome ulceroso mejora o desaparece, debido a la mejor circulación obtenida por la vasodilatación arterial, que es habitual observar después de las simpatectomías". (un ejemplar dedicamos al Dr. Fontaine). Primero en la Academia de Cirugía de París el 14 de abril de 1948 dijimos en francés los magníficos resultados obtenidos en las úlceras gastro-duodenales por la novocainización-alcoholización de los espláncicos y lo repetimos de viva voz, muchas veces en Lyon al Dr. Fontaine. Aunque la prioridad está asegurada nos importa especialmente su valiosa opinión que ayudará al progreso de nuestros métodos. Los progresos técnicos y estadísticos que hemos logrado, transformarán los sorprendentes éxitos aislados en más generales. La verdad por útil y desinteresada que sea, siendo verdad, se abrirá paso cualquiera que sea la dificultad que se oponga. A los éxitos aislados de las infiltraciones, seguirán los mayores del Método de recuperación visceral.

M. L. E.

*"La canalización abdominal". Vita Lorzio. Min Chir. IV-21 nov. 1949.*

El autor después de repasar los conceptos fisiopatológicos en favor y en contra de la canalización y con estadística de 372 casos en los que dió preferencia a la sutura sin canalización se declara de la tendencia a no usar el drenaje más que en casos excepcionales y ayudándose con antibióticos.

Comentario.—Con más de 4 años de anticipación la Academia Mexicana de Cirugía ha sido partidaria de tales ideas y se probablemente la primera que técnica y valerosamente comenzó la lucha contra el abuso de las canalizaciones.

M. L. E.

# REVISTA DE PRENSA

AÑO XVIII

ABRIL 1950

NUM. 4

"Injertos de hueso homogéneo conservado" M. Velasco Zimbrón. Ac. de Chir. 22 feb. 1950. "Desde noviembre de 1947, 28 intervenciones de injerto de hueso homogéneo conservado por congelación ha practicado con resultados muy satisfactorios, llevando en particular una tolerancia de 97,6 p. 100. El injerto demuestra cualidades biológicas y clínicas iguales a las de los injertos autógenos. Algunas biopsias han podido verificar su rehabilitación perfecta. El método ofrece, además, muchas ventajas: supresión de la extracción del injerto sobre el enfermo, acortamiento y simplificación del acto operatorio" Press. Med. 4 marzo de 1950.

Comentario.—Estos resultados y estas frases optimistas son muy parecidas a las nuestras en nuestros trabajos de osteoinjertos heterogéneos publicados en 1940 y 1941. Concluimos que los resultados son tan buenos con el "os purum" que nosotros usamos desde entonces y el hueso congelado. Es una rectificación del A. contra el autoinjerto que con seis años de experiencia sigue el camino real y lógico.

M. L. E.

"El estado actual de la simpatectomía en el tratamiento de las enfermedades vasculares" Gerald H. Pratt. Angiology I: 1, 9 feb. 1950.

Conclusiones.—"Los padecimientos arteriales continúan siendo los mayores causantes de mortalidad fuera de epidemias o guerras y con lo que la medicina moderna necesita luchar.

El complejo sistema simpático con su sobre actividad en estos padecimientos toma parte en el aumento de la morbilidad y de la mortalidad.

La interrupción de la actividad de este sistema cuando es ejecutado en tiempo oportuno ayuda al alivio de estas lesiones. No es un "cúralo-todo" pero es un paso adelante.

Ciertas lesiones responden rápidamente y las observaciones son descritas. Ninguna de las drogas usadas generalmente con simpaticolítica o adrenolítica acción se han encontrado tan efectivas como la simpatectomía quirúrgica. La experiencia de la simpatectomía en el síndrome posttrombótico con resultados satisfactorios se relatan".

Comentario.—Es notable la universal aceptación de la irritación simpática como factor predominante de estos padecimientos. Sin embargo, las ventajas enormes de la cirugía química y la esplanoterapia no son todavía conocidas por el Autor. Es por esto muy importante que la voz mexicana sea más

escuchada porque más tarde o más temprano será evidente para todo el mundo su ventaja y beneficio que no es aveturado afirmar que acabará con la cirugía abierta del simpático.

M. L. E.

*"Cirugía de las suprarrenales" René Fontaine y colaboradores. J. internat chir., 1949, 9: 321.*

Transcribimos solamente: "La experiencia de los autores ha ganado mucho entusiasmo a propósito de la úlcera; ha sido en las úlceras gástricas altas sobre la porción vertical de la pequeña curvatura en los que repetidas infiltraciones espláncnicas han mostrado sorprendentemente buenos resultados. Esta operación bien puede tener lugar en vez de la vagotomía y disminuyendo resecciones gástricas ampliadas".

Comentario.—Aunque nos sorprende la sorpresa del Dr. Fontaine, buen amigo nuestro, en cambio no nos sorprenden sus resultados. El 10 de octubre de 1944 dijimos en la Ac. Mex. de Cir. que el *ulcus rodens* mejora notablemente con la alcoholización del espláncico; en nuestro libro "Dolores Mortales" 1947 pág. 29 dijimos "Las úlceras del estómago o del duodeno, especialmente y el síndrome ulceroso mejora o desaparece, debido a la mejor circulación obtenida por la vasodilatación arterial, que es habitual observar después de las simpatectomías". (un ejemplar dedicamos al Dr. Fontaine). Primero en la Academia de Cirugía de París el 14 de abril de 1948 dijimos en francés los magníficos resultados obtenidos en las úlceras gastro-duodenales por la novocainización-alcoholización de los espláncicos y lo repetimos de viva voz, muchas veces en Lyon al Dr. Fontaine. Aunque la prioridad está asegurada nos importa especialmente su valiosa opinión que ayudará al progreso de nuestros métodos. Los progresos técnicos y estadísticos que hemos logrado, transformarán los sorprendentes éxitos aislados en más generales. La verdad por útil y desinteresada que sea, siendo verdad, se abrirá paso cualquiera que sea la dificultad que se oponga. A los éxitos aislados de las infiltraciones, seguirán los mayores del Método de recuperación visceral.

M. L. E.

*"La canalización abdominal". Vita Lorzio. Min Chir. IV-21 nov. 1949.*

El autor después de repasar los conceptos fisiopatológicos en favor y en contra de la canalización y con estadística de 372 casos en los que dió preferencia a la sutura sin canalización se declara de la tendencia a no usar el drenaje más que en casos excepcionales y ayudándose con antibióticos.

Comentario.—Con más de 4 años de anticipación la Academia Mexicana de Cirugía ha sido partidaria de tales ideas y se probablemente la primera que técnica y valerosamente comenzó la lucha contra el abuso de las canalizaciones.

M. L. E.



#### REVISTA DE PRENSA

*"Cuidado endocrinológico de la mujer en la práctica general". Cyril W. Schumacher Med. Times. Vol. 78 marzo 1950.*

Las pacientes deben considerarse en dos grupos. Las primeras los estudios pueden afirmar aplasia ovárica. El segundo mucho más difícil requiere el uso del laboratorio, la historia sugiere desequilibrio emocional e irregularidades de su sistema glandular y tratada de acuerdo con su sintomatología. Concluye que la mujer en todo tiempo cambia de episodios de deficiencia y exacerbaciones debido a que sus secreciones estrogénicas son extremadamente variables de un día a otro variabilidad produce desequilibrio del sistema nervioso simpático.

*"Trastornos neurovegetativos en el curso del coma traumático". Efectos de la raquipercaína y de la adrenalina endovenosa según el predominio de trastornos irritativos o paralíticos. A. Samain Acta Chir. Belg. 8-48 nov. 1949.*

El A. de acuerdo con la teoría de que el coma es en el fondo un trastorno neurovegetativo profundo emplea la raquianestesia cuando supone causa irritativa y la adrenalina endovenosa cuando paralítica. Pide crítica constructiva.

Comentario.—Estamos de acuerdo en la primacía, pero pensamos que la raquianestesia es una vía lejana y peligrosa que debe desecharse por los bloques paravertebrales, más eficazmente cervicales. La adrenalina endovenosa para actuar sobre parálisis o paresia simpática es mucho menos eficaz por esa vía que tratamientos estimulantes directos dirigidos al esplácnico.

M. L. E.

*Bloqueo del plexo hipogástrico superior por la alcoholización. Dres. P. de Castro y Eurico Branco Ribeiro. Anais Pau. Med. y Cir. 33-2 febrero de 1942.*

El último de los autores tuvo la bondad de enviarnos ese trabajo en el que en vez hacer la operación Cotte, abierto el vientre hace inyección del alcohol en el plexo; contaban con 21 casos, 16 curados, 4 mejorados y 1 sin mejoría.

Comentario.—Trabajos análogos se hicieron en esa época y posteriormente sobre todo por la frecuencia de la dificultad quirúrgica de la extirpación del plexo por estar constituido por múltiples delgados hilos. Apoya la experiencia posterior de nuestro trabajo "tratamiento de la dismenorrea" solamente que nosotros usamos la vía paravertebral o la prevertebral, por el fondo de saco de Douglas.

M. L. E.

#### REVISTA DE LIBROS

Estudios quirúrgicos 5a. serie Dr. Eurico Branco Ribeiro. 1949.

Se hace en el libro interesantes análisis de sus operaciones con motivo de que llegó a la 10,000... Contiene además interesantes temas o estudios de los



que mencionamos algunos que nos parecieron más interesantes: Método práctico para tratamiento de las quemaduras; estenosis gástrica prepilórica; recomendaciones para operados de estómago; reconstrucción de la vesícula; fisiopatología de las varicoceles, etc. etc.

Felicitemos al A. por sus trabajos y hacemos votos por que continúe tan brillante labor.

CHIRURGIA D'URGENZA.--Por Stefano Teneff, Profesor de Cirugía, en la Universidad de Turin, Italia.

EDIZIONI MINERVA MEDICA.

Acaba de llegar a nuestras manos ésta obra italiana de Cirugía de Urgencia editada en 1949 por la Minerva Médica y escrita por el Profesor Stefano Teneff de la Clínica Quirúrgica General de la Universidad de Turin Italia, en estilo claro y sencillo.

Consta de 1024 páginas incluyendo el índice y de 482 figuras originales. Está dividida en dos partes: una general y otra especial.

La parte General dividida a su vez en varios capítulos trata desde la organización de los servicios hospitalarios hasta el tratamiento postoperatorio de los operados de urgencia, incluyendo los diversos tipos de anestesia; de incisiones y suturas; la técnica general de los vendajes enyesados; el tratamiento del shock, el dolor y la hemorragia etc. etc.

La parte Especial es una verdadera revisión de todas las afecciones del organismo que ameritan un tratamiento quirúrgico de urgencia y así se extiende ampliamente sobre los traumatismos cráneo-cerebrales y vertebrales, las heridas del cuello y sus órganos principales; las heridas y lesiones traumáticas del tórax con un capítulo muy interesante sobre el tratamiento de las heridas del corazón y del pulmón; en el capítulo de los padecimientos del abdomen expone claramente todos los procesos y cuadros abdominales de oclusión, perforación y hemorragia.

En resumen, ésta obra en forma clara y sucinta y con una gran riqueza de grabados y dibujos originales de gran precisión expone en forma amena todos los conocimientos que debe poseer un cirujano general para poder actuar con rapidez y decisión ante los múltiples casos en que la cirugía de urgencia se impone.

Claramente se ve que el autor de ésta interesantísima obra posee una amplia experiencia en cirugía y vastos conocimientos de patología que hacen honor al prefacio que hace de la obra el Profesor A. Mario Dogliotti, tan conocido entre nosotros por sus tratados de anestesia y cirugía y actualmente director de la Clínica Quirúrgica General de la Universidad de Turin y a cuyo lado ha trabajado el autor por más de veinte años.

*Dr. Francisco Fonseca.*

#### REVISTA DE PRENSA

*"Cuidado endocrinológico de la mujer en la práctica general". Cyril W. Schumacher Med. Times. Vol. 78 marzo 1950.*

Las pacientes deben considerarse en dos grupos. Las primeras los estudios pueden afirmar aplasia ovárica. El segundo mucho más difícil requiere el uso del laboratorio, la historia sugiere desequilibrio emocional e irregularidades de su sistema glandular y tratada de acuerdo con su sintomatología. Concluye que la mujer en todo tiempo cambia de episodios de deficiencia y exacerbaciones debido a que sus secreciones estrogénicas son extremadamente variables de un día a otro variabilidad produce desequilibrio del sistema nervioso simpático.

*"Trastornos neurovegetativos en el curso del coma traumático". Efectos de la raquipercaína y de la adrenalina endovenosa según el predominio de trastornos irritativos o paralíticos. A. Samain Acta Chir. Belg. 8-48 nov. 1949.*

El A. de acuerdo con la teoría de que el coma es en el fondo un trastorno neurovegetativo profundo emplea la raquianestesia cuando supone causa irritativa y la adrenalina endovenosa cuando paralítica. Pide crítica constructiva.

Comentario.—Estamos de acuerdo en la primacía, pero pensamos que la raquianestesia es una vía lejana y peligrosa que debe desecharse por los bloques paravertebrales, más eficazmente cervicales. La adrenalina endovenosa para actuar sobre parálisis o paresia simpática es mucho menos eficaz por esa vía que tratamientos estimulantes directos dirigidos al esplácnico.

M. L. E.

*Bloqueo del plexo hipogástrico superior por la alcoholización. Dres. P. de Castro y Eurico Branco Ribeiro. Anais Pau. Med. y Cir. 33-2 febrero de 1942.*

El último de los autores tuvo la bondad de enviarnos ese trabajo en el que en vez hacer la operación Cotte, abierto el vientre hace inyección del alcohol en el plexo; contaban con 21 casos, 16 curados, 4 mejorados y 1 sin mejoría.

Comentario.—Trabajos análogos se hicieron en esa época y posteriormente sobre todo por la frecuencia de la dificultad quirúrgica de la extirpación del plexo por estar constituido por múltiples delgados hilos. Apoya la experiencia posterior de nuestro trabajo "tratamiento de la dismenorrea" solamente que nosotros usamos la vía paravertebral o la prevertebral, por el fondo de saco de Douglas.

M. L. E.

#### REVISTA DE LIBROS

Estudios quirúrgicos 5a. serie Dr. Eurico Branco Ribeiro. 1949.

Se hace en el libro interesantes análisis de sus operaciones con motivo de que llegó a la 10,000... Contiene además interesantes temas o estudios de los

que mencionamos algunos que nos parecieron más interesantes: Método práctico para tratamiento de las quemaduras; estenosis gástrica prepilórica; recomendaciones para operados de estómago; reconstrucción de la vesícula; fisiopatología de las varicoceles, etc. etc.

Felicitemos al A. por sus trabajos y hacemos votos por que continúe tan brillante labor.

CHIRURGIA D'URGENZA.--Por Stefano Teneff, Profesor de Cirugía, en la Universidad de Turin, Italia.

EDIZIONI MINERVA MEDICA.

Acaba de llegar a nuestras manos ésta obra italiana de Cirugía de Urgencia editada en 1949 por la Minerva Médica y escrita por el Profesor Stefano Teneff de la Clínica Quirúrgica General de la Universidad de Turin Italia, en estilo claro y sencillo.

Consta de 1024 páginas incluyendo el índice y de 482 figuras originales. Está dividida en dos partes: una general y otra especial.

La parte General dividida a su vez en varios capítulos trata desde la organización de los servicios hospitalarios hasta el tratamiento postoperatorio de los operados de urgencia, incluyendo los diversos tipos de anestesia; de incisiones y suturas; la técnica general de los vendajes enyesados; el tratamiento del shock, el dolor y la hemorragia etc. etc.

La parte Especial es una verdadera revisión de todas las afecciones del organismo que ameritan un tratamiento quirúrgico de urgencia y así se extiende ampliamente sobre los traumatismos cráneo-cerebrales y vertebrales las heridas del cuello y sus órganos principales; las heridas y lesiones traumáticas del tórax con un capítulo muy interesante sobre el tratamiento de las heridas del corazón y del pulmón: en el capítulo de los padecimientos del abdomen expone claramente todos los procesos y cuadros abdominales de oclusión, perforación y hemorragia.

En resumen, ésta obra en forma clara y sucinta y con una gran riqueza de grabados y dibujos originales de gran precisión expone en forma amena todos los conocimientos que debe poseer un cirujano general para poder actuar con rapidez y decisión ante los múltiples casos en que la cirugía de urgencia se impone.

Claramente se ve que el autor de ésta interesantísima obra posee una amplia experiencia en cirugía y vastos conocimientos de patología que hacen honor al prefacio que hace de la obra el Profesor A. Mario Dogliotti, tan conocido entre nosotros por sus tratados de anestesia y cirugía y actualmente director de la Clínica Quirúrgica General de la Universidad de Turin y a cuyo lado ha trabajado el autor por más de veinte años.

*Dr. Francisco Fonseca.*

*"La cura de los quistes sinoviales por inyecciones anestésicas"* J. Delchet y A. Nalch. *Acts. Orth. Belg.* 16, 1; enero 1950.

"El tratamiento de los quistes sinoviales por las inyecciones anestésicas da resultados excelentes. El método es simple y no deja cicatriz. La reincidencia es menos frecuente que después de operación. El campo queda enteramente libre para la exéresis quirúrgica si llega a ser necesaria".

Comentario.—Nosotros desde hace más de 20 años casi no operamos los quistes sinoviales; habíamos sufrido una situación penosa; operábamos dejando una cicatriz desagradable y en cambio vecinos o compañeros de trabajo solían curar por ellos mismos, haciéndolos estallar por compresión de una moneda. Pensamos desde entonces que la operación no estaba justificada y lo resolvimos haciéndoles punción con aguja de 1 mm., sin resistir a la tentación de inyectar anestésico, tintura de yodo diluida y al fin nada, con el mismo buen resultado. En resumen basta la punción. En cambio, la electrocoagulación puntiforme que ensayamos en alguna ocasión parece que retarda la absorción del líquido que se coagula.

M. L. E.

*"Nociones útiles para el diagnóstico y la orientación terapéutica de los cálculos del uréter"*. Dr. I. Orsola Martí. *An. Med. y Cir.* XXIV-51, sept., 1949. Barcelona

Se trata de un hermoso trabajo que por la indole del mismo no tiene conclusiones. Si es posible haremos su reproducción en "Cir. y Cir". Nos referimos ahora a un punto concreto interesante, "la inhibición renal, como la que existe en casos de anuria refleja, consecutiva por ejemplo, a una simple cistoscopia o al paso de un beniqué y como la anuria histérica" y que el A. trata de explicar por mecanismo reflejo como en el "crush syndrome". De acuerdo con nuestra doctrina simpática el esplácnico rige estas actividades; el bloqueo esplácnico cura la anuria refleja y en casos de cálculos ureterales produce la relajación ureteral que facilita la migración interrumpida a una distancia variable. El Dr. Orsola tiene valiosa experiencia en anestesia de los esplácnicos; amistosamente le sugerimos la anestesia prolongada como auxiliar terapéutico valioso en el tema de que se ocupa.

M. L. E.

DE "LA PRESSE MEDICALE", 11 Febrero 1950.

#### TRABAJOS ORIGINALES

*Estenosis de la aorta con persistencia del canal arterial*, Por P. Soulié M. Servelle, J. Roreau y J. Nouaille (París) 137.

El autor comienza su trabajo llamando la atención sobre la rareza que supone la existencia de una estenosis ismica de la aorta con persistencia del canal arterial constituyendo un problema delicado no solamente por la dificul-

tad de su diagnóstico sino que también por las dificultades que comporta la técnica operatoria de ésta malformación doble.

El caso comentado por los autores en su artículo es más excepcional todavía, por el abocamiento supraestenósico del canal ya que habitualmente dicho abocamiento está situado por debajo de la estrechez.

Los autores se extienden después con todo detalle sobre el caso presentado, relatando todos los exámenes clínicos efectuados y describiendo minuciosamente la técnica quirúrgica empleada.

Clinicamente la asociación estrechez del ismo y persistencia del canal arterial se soporta peor que la estenosis aislada. Desde el punto de vista anatómico, había en éste caso una dilatación de la arteria subclavicular que enmascaraba el cayado aórtico: la aorta intraestenósica estaba igualmente dilatada con 5 cm. de longitud, y el canal arterial estaba situado por encima de la aorta a la arteria pulmonar (shunt derecha-izquierda). Este enfermo fue operado a los 14 años, lo que a los autores les parece la edad ideal para estas intervenciones.

*La terapéutica neurovegetativa del "CHOC" y de la enfermedad postraumática, por H. Laborit (Marine). 138.*

A continuación de un trabajo experimental sobre el mecanismo fisiológico del síndrome de irritación, el autor ha aplicado en el tratamiento del "choc" y de la enfermedad post-traumática, sus conclusiones experimentales.

El autor propone una terapéutica anti-irritativa por la novocaina intravenosa, anti-acetilcolínica, anti-histaminica y anti-sináptica y cuya acción sobre la vía ecentrípete es posible.

Da detalles con respecto al empleo y modo de administración de ésta terapéutica, aconsejando el curare T. E. A. como antisináptico, la atropina como anti-acetilcolínico, é insistiendo sobre las ventajas del "fenegan" que el autor cree considerables en el curso de la enfermedad postoperatoria por sus propiedades anti-histaminicas, y por sus propiedades secundarias hipnóticas, analgésicas y antitérmicas.

*PRESSE MEDICALE 58, 12, 25 feb. 1950.*

*Síndrome gástrico predisfágico en el cáncer de esófago, por el profesor Ignacio Scalone (Milán). 139.*

Hay carcinomas precozmente ulcerados que dan inmediatamente signos de alarma y que la mayoría debería dar buenos resultados después de la operación.

Sin embargo, hay carcinomas cirróticos alejados de la mucosa y por largo

*"La cura de los quistes sinoviales por inyecciones anestésicas"* J. Delchet y A. Nalch. *Acts. Orth. Belg.* 16, 1; enero 1950.

"El tratamiento de los quistes sinoviales por las inyecciones anestésicas da resultados excelentes. El método es simple y no deja cicatriz. La reincidencia es menos frecuente que después de operación. El campo queda enteramente libre para la exéresis quirúrgica si llega a ser necesaria".

Comentario.—Nosotros desde hace más de 20 años casi no operamos los quistes sinoviales; habíamos sufrido una situación penosa; operábamos dejando una cicatriz desagradable y en cambio vecinos o compañeros de trabajo solían curar por ellos mismos, haciéndolos estallar por compresión de una moneda. Pensamos desde entonces que la operación no estaba justificada y lo resolvimos haciéndoles punción con aguja de 1 mm., sin resistir a la tentación de inyectar anestésico, tintura de yodo diluida y al fin nada, con el mismo buen resultado. En resumen basta la punción. En cambio, la electrocoagulación puntiforme que ensayamos en alguna ocasión parece que retarda la absorción del líquido que se coagula.

M. L. E.

*"Nociones útiles para el diagnóstico y la orientación terapéutica de los cálculos del uréter"*. Dr. I. Orsola Martí. *An. Med. y Cir.* XXIV-51, sept., 1949. Barcelona

Se trata de un hermoso trabajo que por la indole del mismo no tiene conclusiones. Si es posible haremos su reproducción en "Cir. y Cir". Nos referimos ahora a un punto concreto interesante, "la inhibición renal, como la que existe en casos de anuria refleja, consecutiva por ejemplo, a una simple cistoscopia o al paso de un beniqué y como la anuria histérica" y que el A. trata de explicar por mecanismo reflejo como en el "crush syndrome". De acuerdo con nuestra doctrina simpática el esplácnico dirige estas actividades; el bloqueo esplácnico cura la anuria refleja y en casos de cálculos ureterales produce la relajación ureteral que facilita la migración interrumpida a una distancia variable. El Dr. Orsola tiene valiosa experiencia en anestesia de los esplácnicos; amistosamente le sugerimos la anestesia prolongada como auxiliar terapéutico valioso en el tema de que se ocupa.

M. L. E.

DE "LA PRESSE MEDICALE", 11 Febrero 1950.

#### TRABAJOS ORIGINALES

*Estenosis de la aorta con persistencia del canal arterial*, Por P. Soulié M. Servelle, J. Roreau y J. Nouaille (París) 137.

El autor comienza su trabajo llamando la atención sobre la rareza que supone la existencia de una estenosis ismica de la aorta con persistencia del canal arterial constituyendo un problema delicado no solamente por la dificul-



tad de su diagnóstico sino que también por las dificultades que comporta la técnica operatoria de ésta malformación doble.

El caso comentado por los autores en su artículo es más excepcional todavía, por el abocamiento supraestenósico del canal ya que habitualmente dicho abocamiento está situado por debajo de la estrechez.

Los autores se extienden después con todo detalle sobre el caso presentado, relatando todos los exámenes clínicos efectuados y describiendo minuciosamente la técnica quirúrgica empleada.

Clinicamente la asociación estrechez del ismo y persistencia del canal arterial se soporta peor que la estenosis aislada. Desde el punto de vista anatómico, había en éste caso una dilatación de la arteria subclavicular que enmascaraba el cayado aórtico: la aorta intraestenósica estaba igualmente dilatada con 5 cm. de longitud, y el canal arterial estaba situado por encima de la aorta a la arteria pulmonar (shunt derecha-izquierda). Este enfermo fue operado a los 14 años, lo que a los autores les parece la edad ideal para estas intervenciones.

*La terapéutica neurovegetativa del "CHOC" y de la enfermedad postraumática, por H. Laborit (Marine). 138.*

A continuación de un trabajo experimental sobre el mecanismo fisiológico del síndrome de irritación, el autor ha aplicado en el tratamiento del "choc" y de la enfermedad post-traumática, sus conclusiones experimentales.

El autor propone una terapéutica anti-irritativa por la novocaina intravenosa, anti-acetilcolínica, anti-histaminica y anti-sináptica y cuya acción sobre la vía ecentrípete es posible.

Da detalles con respecto al empleo y modo de administración de ésta terapéutica, aconsejando el curare T. E. A. como antisináptico, la atropina como anti-acetilcolínico, é insistiendo sobre las ventajas del "fenegan" que el autor cree considerables en el curso de la enfermedad postoperatoria por sus propiedades anti-histaminicas, y por sus propiedades secundarias hipnóticas, analgésicas y antitérmicas.

*PRESSE MEDICALE 58, 12, 25 feb. 1950.*

*Síndrome gástrico predisfágico en el cáncer de esófago, por el profesor Ignacio Scalone (Milán). 139.*

Hay carcinomas precozmente ulcerados que dan inmediatamente signos de alarma y que la mayoría debería dar buenos resultados después de la operación.

Sin embargo, hay carcinomas cirróticos alejados de la mucosa y por largo





4 amp. de 1 cm<sup>3</sup>.

# ALBACORTIL

Reg. N<sup>o</sup> 33773 S. S. A.

## FORMULA 1:

Acetato de desoxicorticosterona .....	2 mg.
Aceite de sésamo c.b.p. ....	1 cm <sup>3</sup> .

## FORMULA 2:

Acetato de desoxicorticosterona .....	5 mg.
Aceite de sésamo c.b.p. ....	1 cm <sup>3</sup> .

## FORMULA 3:

Acetato de desoxicorticosterona .....	10 mg.
Aceite de sésamo c.b.p. ....	1 cm <sup>3</sup> .

Para una ampolleta.

ESTIMULANTE DE METABOLISMO GENERAL

**Laboratorios "ALBAMEX", S. A.**

Querétaro 28.

MEXICO, D. F.

# ARHEMAPECTINE

## GALLIER

HEMOSTATICO PODEROSO POR  
COAGULACION A BASE DE PECTINA

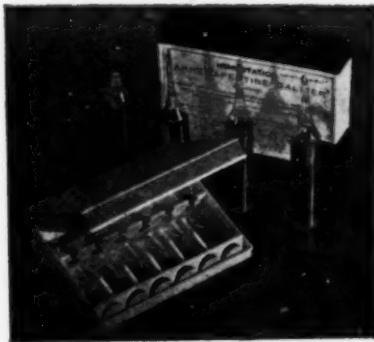
Caja de 4 amps. de 20 c. c.  
Caja de 6 amps. de 5 c. c.

COMPLETAMENTE ATOXICO Y EXCENTO  
DE SHOCK. TOLERANCIA PERFECTA.  
NINGUNA CONTRAINDICACION

Este medicamento es de empleo delicado

Reg. N<sup>o</sup> 3330 D. S. P.

Prop. N<sup>o</sup> 1880



**ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT S. A.**

RHIN NUM. 37

MEXICO, D. F.



4 amp. de 1 cm<sup>3</sup>.

# ALBACORTIL

Reg. N<sup>o</sup> 33773 S. S. A.

## FORMULA 1:

Acetato de desoxicorticosterona .....	2 mg.
Aceite de sésamo c.b.p. ....	1 cm <sup>3</sup> .

## FORMULA 2:

Acetato de desoxicorticosterona .....	5 mg.
Aceite de sésamo c.b.p. ....	1 cm <sup>3</sup> .

## FORMULA 3:

Acetato de desoxicorticosterona .....	10 mg.
Aceite de sésamo c.b.p. ....	1 cm <sup>3</sup> .

Para una ampolleta.

ESTIMULANTE DE METABOLISMO GENERAL

**Laboratorios "ALBAMEX", S. A.**

Querétaro 28.

MEXICO, D. F.

# ARHEMAPECTINE

## GALLIER

HEMOSTATICO PODEROSO POR  
COAGULACION A BASE DE PECTINA

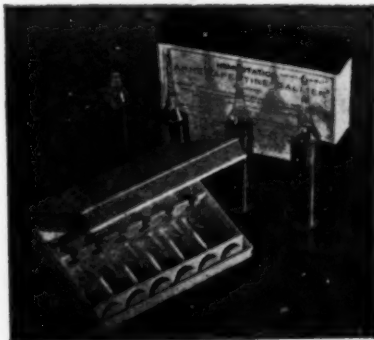
Caja de 4 amps. de 20 c. c.  
Caja de 6 amps. de 5 c. c.

COMPLETAMENTE ATOXICO Y EXCENTO  
DE SHOCK. TOLERANCIA PERFECTA.  
NINGUNA CONTRAINDICACION

Este medicamento es de empleo delicado

Reg. N<sup>o</sup> 3330 D. S. P.

Prop. N<sup>o</sup> 1880



**ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT S. A.**

RHIN NUM. 37

MEXICO, D. F.

UN TRIUNFO DE ESTABILIDAD Y POTENCIA



# Benemia

Reg. No. 35467 S. S. A.

Complejo B más vitamina B<sub>12</sub> con los siguientes valores vitamínicos:

Clorhidrato de Tiamina (Vitamina B <sub>1</sub> )	10 mg.
Riboflavina (Vitamina B <sub>2</sub> )	10 mg.
Clorhidrato de Piridoxina (Vitamina B <sub>6</sub> )	5 mg.
Pantotenato de Calcio	50 mg.
Nicotinamida	250 mg.
Vitamina B <sub>12</sub>	0.015 mg.

La Vitamina B<sub>12</sub> ha demostrado ser el hematopoyético más potente que se conoce y al mismo tiempo por ser el factor proteínico animal permite el aprovechar a su máximo una alimentación cualitativa y cuantitativamente deficiente, constituyendo un verdadero tónico y reconstituyente en el sentido más amplio de la palabra. Además la vitamina B<sub>12</sub> mejora o hace desaparecer totalmente los trastornos neurológicos frecuentes en algunas formas de anemia.

ELABORADO POR:

CARLOS GROSSMAN, S. A.

SADI CARNOT NO. 86

MEXICO, D. F.



AL SERVICIO EXCLUSIVO  
DE LA PROFESION MEDICA